Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8170581
Centre d'intérêt: 98

Lévesque, Andrée.

Manuel-guide en système digestif : pédiatrie / [Andrée Lévesque]. -- [Rivière-du-Loup] : Collège de Rivière-du-Loup, [1974].
iii, 165 p. : ill. ; 22x28 cm.

Titre de la couv. Titre de la p. de t.: Système digestif. A l'usage des étudiants en 180-401. Bibliographie: p. ii-iii.

Cote Dewey: 618.92'000202/L662m Cote LC: RJ/48

Descripteur(s): *Techniques biologiques *Manuel scolaire *Guide de l'étudiant *Matériel didactique *Manuel scolaire *Enseignement individualisé *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Techniques infirmières *Pédiatrie 180-401 *Système digestif

---

Ce manuel-guide a été conçu en fonction du cours 180-401 (soins infirmiers pédiatriques) offert aux étudiants de troisième année du collégial en Techniques infirmières. Il fait partie d'une série de neuf documents destinés à faciliter l'apprentissage autonome de la matière enseignée. Le tout a été conçu en prévision d'un cours individualisé donné en 1974-1975.

Ce cahier, qui porte sur le système digestif, est divisé en quatre étapes: 1. Terminologie et symptômes généraux, 2. Moyens d'investigation, 3. Classes de médicaments, 4. Pathologies (de la bouche, de l'estomac, des parois, des intestins, du foie et des voies biliaires et du pancréas, maladies carentielles). Chaque étape débute par un exposé des objectifs d'apprentissage et s'achève sur des exercices de révision. Des rappels anatomiques et physiologiques précèdent la présentation des diverses pathologies.

Type de document: d
Notice(s) connexe(s): 8170578, 8170579, 8170580, 8170582, 8170583, 8170584, 8170585, 8170586, 8170587, 8170588
Financement: Bénéficiaire - Collège de Rivière-du-Loup
Organisme(s) source(s) - MEQ - DGEC
Programme(s) de subvention - PROSIP
Auteur de l'analyse: ar

E D U Q 8170581

PÉDIATRIE

COURS 180-401 1994-95

MANUEL-GUIDE en

SYSTEME DIGESTIF

C.E.G.E.P
rivière-du-loup

E D U Q 8170581

SYSTEME DIGESTIF

A L' USAGE DES ETUDIANTS EN 180-401

PROFESSEUR: MADAME ANDREE LEVESQUE

AVERTISSEMENT

Avec la série des Manuels-guides en pédiatrie, j'ai tenté de créer un instrument commode et agréable favorisant l'apprentissage du contenu théorique en pédiatrie (180-401); là se bornent mes prétentions.

Je ne crois nullement avoir fait oeuvre de création ou de recherche scientifique, et l'on ne trouvera rien de nouveau au point de vue médical ou technique dans les manuels; ma seule préoccupation était de niveau pédagogique, mon seul travail fut de donner un "contenant" à la matière. Pour le "contenu", je me suis contentée de reprendre (en les adaptant, résumant ou complétant l'un par l'autre) les énoncés de nombreux auteurs dont l'autorité ne fait aucun doute.

Je voudrais également remercier tout spécialement certaines personnes qui, à différents niveaux et selon divers aspects m'ont apporté une aide indispensable à une étape ou l'autre de la planification, de la demande de subvention ou de la réalisation comme telle de mon projet; ainsi, je tiens à mentionner Messieurs Georges Jalbert, directeur des Services Pédagogiques, Jean-Paul Michaud, conseiller pédagogique, Madame Thérèse Ouellet, secrétaire. Et bien sûr, le Service de la recherche et du développement de la Direction Générale de l'Enseignement Collégial.

En terminant, je suis bien consciente que les usagers peuvent éventuellement découvrir des erreurs, des lacunes, des imprécisions ici ou là dans l'un ou l'autre des manuels; je sais en effet que mon travail doit être constamment revu et corrigé.

J'espère que les lecteurs auront la bonté de me faire mention des erreurs ou lacunes qu'ils auront notées, afin que je puisse améliorer mon texte.

ANDREE LEVESQUE

- Marlow, D.R., L'infirmière et l'enfant, par Marlow, D.R., David, N., Leclerc, C.A., Montréal, Holt Rinehart and Winston, 1972, 644 p.

- Shafer, Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, par Shafer et autres, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1973, 1018 p.

- Sr Céline du Carmel, Cours de Pharmacologie, par Sr Céline du Carmel et Sr Saint-Olivier, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1963, 234 p.

- Anatomie et physiologie, Montréal, Ecole des sciences infirmières, Hôtel-Dieu de Montréal, 1967, 3 volumes

- Lahaie, Liliane Caron, Nutrition et diététique, Montréal, Ernest Thérien & Fils, 1960, 192 p.

- Larson, C., Le Nursing en orthopédie, par Larson, C. et Gould, M., Paris, Maloine, 1970, 546 p.

- Touitou, Y., Pharmacie, Paris, Masson, 1972, 266 p.

- Grondin, Carol, Microbiologie, Techniques infirmières, Québec, Editions La Liberté, 1973, 376 p.

- Turcotte-Daoust, Marie-Claude, Pédiatrie, Montréal, Ed., du Renouveau pédagogique, 1969, 428 p.

- Hebert, Georges, Initiation à la médecine interne, Montréal, Wilson & Lafleur, 1962 422 p.

ETAPE 1: TERMINOLOGIE ET SYMPTOMES GENERAUX

A) OBJECTIFS DE COMPORTEMENT

1- Définir en système digestif les termes suivants:

ptyalisme ou sialorrhée, aptyalisme, odontalgie, orthodontie, gingivorragie, dysphagie, régurgitation, oesophagorragie, polyphagie, anorexie, inappétence, dyspepsie, gastralgie, gastrorragie, polydipsie, pyrosis, éructation, nausées, vomissements, flatulence, hématémèse, boulimie, inanisation, aerophagie, hoquet, coliques, constipation, diarrhée, ténesme, épreintes, stéatorrhée, ou stéarrhée, entéralgie, rectorragie, méléna, ascite, péristaltisme, enterorragie, hépatalgie, hépatomégalie, ictère.

2- Regrouper les termes qui se rapportent à une même région du corps, les définir en tes propres mots, pour ensuite être capable de les identifier dans des situations cliniques données.

B) CONTENU

1.0 Définitions:

1- AEROPHAGIE: *déglutition volontaire ou non d'une certaine quantité d'air qui pénètre dans l'oesophage et l'estomac.*

2- ANOREXIE: *perte ou diminution de l'appétit.*

3- APTYALISME: *diminution ou absence de salivation en dehors de toute maladie connue.*

4- ASCITE: *accumulation de liquide dans la cavité péritonéale.*

5- BOULIMIE: *sensation de faim excessive et besoin d'absorber une grande quantité d'aliments.*

6- COLIQUES: *douleurs qui siègent dans la plupart des viscères abdominaux.*

- Rudaux, P., Anatomie et Physiologie pathologie élémentaires, Paris, Masson, 1962, 976 p.

- Garnier, Dictionnaire des termes techniques, par Garnier et Delamare, Paris, Maloine, 1967, 1088 p.

- Fattorusso, V., Vademecum clinique du symptôme à l'ordonnance, par Fattorusso, V., et Ritter, O., Paris, Masson, 1967, 1840 p.

- Eliason, L'infirmière en chirurgie, par Eliason, Ferguson, Sholtis, Philadelphie, Lippincott, 1955, 770 p.

- Guide médical de la famille, Paris, Robert Laffont et Le Centurion, 1968, 836 p.

7- CONSTIPATION: retard dans l'évacuation des selles quelle qu'en soit la cause.

8- DIARRHEE: fréquence et liquidité des selles.

9- DYSPEPSIE: difficulté à digérer.

10- DYSPHAGIE: difficulté d'accomplir l'action de manger

11- ENTERALGIE: douleur intestinale.

12- ENTERORRAGIE: hémorragie intestinale.

13- EPREINTES: coliques violentes qui précèdent les évacuations dans les inflammations du gros intestin.

14- ERUCTATION: émission bruyante par la bouche de gaz venant de l'estomac.

15- FLATULENCE: accumulation de gaz dans l'estomac et l'intestin donnant lieu à un ballonnement de l'estomac et/ou de l'intestin.

16- GASTRALGIE: douleur vive, exacerbante localisée à l'épigastre par le malade.

17- GASTRORRAGIE: hémorragie de la face interne de l'estomac.

18- GINGIVORRAGIE: hémorragie des gencives.

19- HEMATEMESE: vomissement de sang.

20- HEPATALGIE: douleur au niveau du foie.

21- HEPATOMEGALIE: augmentation du volume du foie.

22- HOQUET: contraction spasmodique du diaphragme qui détermine une brusque secousse de l'abdomen et du thorax et s'accompagne d'un bruit rauque spécial.

23- ICTERE: symptôme consistant en une coloration jaune plus ou moins intense de la peau et des muqueuses due à l'imprégnation des tissus par les pigments biliaires.

24- INANISATION: *inanition partielle due à une ration alimentaire inférieure aux 1500 calories nécessaires à un sujet au repos.*

25- INAPPETENCE: *dégoût pour les aliments.*

26- MELENA ou MELAENA *symptôme qui consiste dans l'évacuation de sang noir par l'anus.*

27- NAUSEES: *envie de vomir.*

28- OESOPHAGORRAGIE: *hémorragie se produisant au niveau de la muqueuse oesophagienne.*

29- ODONTALGIE: *sensation douloureuse ressentie au niveau d'une dent.*

30- ORTHODONTIE ou ORTHODONTASIE: *partie de l'art dentaire qui s'occupe de la prophylaxie et du traitement des difformités congénitales ou acquises des dents.*

31- PERISTALTISME: *l'ensemble des contractions qui se font de haut en bas dans l'estomac et l'intestin.*

32- POLYDIPSIE: *besoin exagéré de boire.*

33- POLYPHAGIE: *besoin excessif de manger et absence du sentiment de satiété.*

34- PTYALISME ou SIALORRHEE: *augmentation de la sécrétion salivaire.*

35- PYROSIS: *sensation de brûlure qui part de l'épigastre, remonte l'oesophage jusqu'à la gorge et s'accompagne d'éructation et de renvoi d'un liquide acide et brûlant.*

36- REGURGITATION *rejet par la bouche sans effort et par gorgées des aliments provenant de l'estomac ou de l'oesophage.*

37- RECTORRAGIE: *hémorragie rectale.*

38- STEATORRHEE ou STEARRHEE *excès considérable de matières grasses excrétées avec les fèces.*

39- TENESME: *tension douloureuse avec sensation de brûlure et envies continuelles d'aller à la selle ou d'uriner.*

40- VOMISSEMENT: *acte par lequel le contenu de l'estomac est violemment rejeté par la bouche.*

2.0 Exercice de compréhension:

1- On peut regrouper ces symptômes d'après l'endroit où ils se localisent dans l'organisme:

a) BOUCHE: *ptyalisme, aptyalisme, odontalgie, orthodontie, gingivorragie.*

b) OESOPHAGE: *dysphagie, régurgitation, oesophagorragie, polyphagie.*

c) ESTOMAC: *anorexie, inappétence, dyspepsie, gastralgie, gastrorragie, polydipsie, pyrosis, éructation, nausées, vomissements, flatulence, hématémèse, boulimie, inanisation, aérophagie, hoquet.*

d) INTESTIN: *coliques, constipation, diarrhée, ténesme, épreintes, stéatorrhée ou stearrhée, entéralgie, rectorragie, méléna, ascite, péristaltisme, enterorragie.*

e) FOIE: *hépatalgie, hépatomégalie, ictère.*

2- On peut également les classer d'après les préfixes ou les suffixes qu'ils contiennent, mais en continuant à tenir compte de leur localisation organique.

PREFIXES ou SUFFIXES	BOUCHE	OESOPHAGE (oeso)	ESTOMAC (gastre)	INTESTINS (ente)	FOIE (hépa)
A (privatif)	Aptyalisme		Anorexie		
ALGIE (douleur)	Odontalgie		Gastralgie	Entéralgie	Hépatalgie
DYS (difficulté)		Dysphagie	Dyspepsie		
ODON (dent)	Odontalgie				
ORRAGIE (je jaillis)	Gingivorragie	Oesophagorragie	Gastrorragie	Entérorragie Rectorragie	
ORTHO (droit)	Orthodontie				
PHAGIE (manger)		Dysphagie Polyphagie	Aérophagie		
POLY (beaucoup)		Polyphagie	Polydipsie		
RRHEE (couler)				Stéatorrhée Diarrhée	

3- On peut aussi les étudier par contraste:

3.1 INAPPETENCE ⟶ *Boulimie*
ANOREXIE ⟶ *Boulimie*

3.2 CONSTIPATION ——— *Diarrhée*

3.3 PTYALISME ——— *Aptyalisme*

4- On peut aussi regrouper les symptômes d'après un lien logique d'apparition, c'est-à-dire qu'avant qu'un symptôme grave se produise, tu as ce que l'on appelle des signes avant-coureurs. Par exemple, généralement tu as mal au coeur (nausée) avant de vomir et il faut que les vomissements se prolongent pendant un certain temps si tu veux en arriver à une inanisation (dénutrition).

4.1 *Nausées, régurgitations, vomissements, inanisation.*

4.2 *Hépatomégalie, ictère, ascite.*

4.3 *Aérophagie, éructation, pyrosis, hématémèse, flatulence, épreinte, colique, ténesme, constipation, méléna, diarrhée.*

5- Enfin, il reste deux termes qui ne sont pas des symptômes mais des réactions physiologiques de l'organisme:

Hoquet, péristaltisme.

A TOI DE JOUER MAINTENANT!

ETAPE II: MOYENS D'INVESTIGATION

A) OBJECTIF DE COMPORTEMENT:

1- Définir et mémoriser en système digestif les vingt-huit moyens d'investigation suivants:

artériographie sélective, anuscopie, bilan électrolytique, bilirubinémie, biopsie, cholestérolémie, coproculture, électrophorèse des protéines, examen chimique des selles, examen du liquide d'épanchement (ascite), gastroscopie et biopsie, laparoscopie, lavement baryté, oesophagoscopie, oesophagographie, phosphatase alcaline, prothrombinémie, recherche de sang dans les selles (galac), recherche des oxyures, rectosigmoïdoscopie, rectoscopie, repas baryté, réserve alcaline, R.X. simple de l'abdomen, R.X. simple de la bouche, sialographie, toucher rectal, transit (grêle).

B) CONTENU

1.0 Définitions

1- ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE: *radiographie d'un territoire artériel après injection dans le tronc principal d'un liquide opaque aux rayons-X.*

2- ANUSCOPIE: *examen direct de la muqueuse de l'anus à l'aide d'un anuscope.*

3- BILAN ELECTROLYTIQUE: *dosage des éléments acido-basiques et des sels de l'organisme qui participent à d'innombrables processus chimiques occultes de l'organisme.*

4- BILIRUBINEMIE: *dosage du taux de bilirubine contenu dans le sang.*

5- BIOPSIE: *opération qui consiste à enlever sur le vivant un fragment d'organe ou de tumeur, dans le but de le soumettre à l'examen microscopique.*

6- CHOLESTEROLEMIE: dosage du taux de cholestérol contenu dans le sang.

7- COPROCULTURE: recherche de germes pathogènes dans les selles après ensemencement d'un milieu de culture avec des matières fécales.

8- ELECTROPHORESE DES PROTEINES: méthode qui consiste à séparer les protéines sériques par leur différence de mobilité sous l'influence d'un champ électrique.

9- EXAMEN CHIMIQUE DES SELLES: recherche du taux de PH des selles. Une selle normale est légèrement alcaline.

10- EXAMEN DU LIQUIDE D'EPANCHEMENT (ascite): l'analyse du liquide extrait de la cavité péritonéale afin de déterminer s'il s'agit d'un transsudat ou d'un exsudat; de faire l'analyse cytologique de ce liquide ainsi que l'analyse bactériologique.

11- GASTROSCOPIE ET BIOPSIE: examen direct de la cavité gastrique à l'aide d'un gastroscope et prélèvement d'un petit morceau de tissu gastrique pour fin d'analyse.

12- LAPAROSCOPIE ou CAELIOSCOPIE: examen visuel direct de la cavité abdominale (préalablement distendue par un pneumo-péritoine) à l'aide d'un endoscope introduit au-dessus de l'ombilic ou à-travers le cul-de-sac de Douglas.

13- LAVEMENT BARYTE: examen de la partie basse du tube digestif: côlon et iléon terminal après un lavement au baryum administré sur la table des rayons-X. Scopie suivie immédiatement de radiographie.

14- OESOPHAGOSCOPIE: examen de l'oesophage à l'aide d'un endoscope.

15- OESOPHAGOGRAPHIE: radiographie de l'oesophage.

16- PHOSPHATASE ALCALINE: recherche du taux d'enzymes libérant les phosphates anorganiques insolubles par hydrolyse des phosphates organiques. Elle agit en milieu alcalin.

17- PROTHROMBINEMIE: recherche du taux de prothrombine contenu dans le sang.

18- RECHERCHE DU SANG DANS LES SELLES: il s'agit, comme son nom l'indique, de la recherche du sang dans les selles. Si la recherche se fait par des méthodes très sensibles (benzidine, phenolphtaléine, orthotolidine), on ne doit pas manger de viande quatre (4) jours avant l'examen, on ne doit prendre aucun médicament contenant du fer ou de l'hémoglobine. Si l'on utilise les méthodes au gaïac, ces restrictions ne sont pas nécessaires.

19- RECHERCHE DES OXYURES: la technique la plus courante consiste à placer un ruban adhésif au pourtour de l'anus (test au scotch-tape). Après le prélèvement on étale la face adhésive sur une lame de verre. On retrouve rarement des oeufs dans les selles.

20- RECTOSIGMOIDOSCOPIE: examen direct de la muqueuse du rectum et du sigmoide à l'aide d'un rectoscope.

21- RECTOSCOPIE: examen de la cavité rectale et même de l'S iliaque à l'aide d'un rectoscope.

22- REPAS BARYTE: examen qui permet de déceler l'état organique de l'oesophage, de l'estomac et de l'intestin grêle après ingestion de baryum. Des observations sont faites à partir de fluoroscopies et de radiographies.

23- RESERVE ALCALINE: c'est l'analyse qui consiste dans le dosage des corps (bicarbonate) contenus dans le sang et capable par libération et élimination de Co_2 de s'opposer à l'augmentation de l'acidité sanguine.

24- R.X. DE L'ABDOMEN: radiographie simple de l'abdomen.

25- R.X. DE LA BOUCHE: radiographie simple de la bouche.

26- SIALOGRAPHIE: radiographie des canaux excréteurs de la salive après leur injection avec un liquide opaque au R.X.

27- TOUCHER RECTAL: *examen de l'anus ou du rectum par le doigt recouvert d'un doigtier en caoutchouc lubrifié.*

28- TRANSIT (grêle): *c'est l'observation derrière un écran radioscopique des anses, de l'intestin grêle, soumises à l'action d'une bouillie barytée. Plusieurs clichés sont pris au cours de ces examens.*

Maintenant que tu connais tes moyens d'exploration, classe-les d'après leur nature et leur situation, et met un "X" à chaque moyen d'investigation qui exige que l'enfant soit à jeun avant l'examen. Explique pourquoi on doit le garder à jeun.

Par exemple, comme tu peux le constater, j'ai classé le lavement baryté dans la colonne "intestins" pour la bonne raison que c'est un examen de cette région. Je l'ai classé vis-à-vis radiographie et radioscopie, parce qu'après le lavement de l'intestin au baryum on fait une scopie de l'intestin et par la suite on prend des radiographies. Enfin, l'enfant doit être à jeun pour la bonne raison que l'intestin doit être entièrement vide si on veut le visualiser avec précision.

MOYENS D'INVESTIGATION:	BOUCHE	OESOPHAGE	ESTOMAC	INTESTINS	FOIE
1) Radiographie				lavement baryté	

MOYENS D'INVESTIGATION:	BOUCHE	OESOPHAGE	ESTOMAC	INTESTINS	FOIE
2) Radioscopie:				lavement baryté	

MOYENS D'INVESTIGATION:	BOUCHE	OESOPHAGE	ESTOMAC	INTESTINS	FOIE
3) Autres					

MOYENS D'INVESTIGATION:	BOUCHE	OESOPHAGE	ESTOMAC	INTESTINS	FOIE
4) Analyse de labo					

ETAPE III: CLASSES DE MEDICAMENTS

A) OBJECTIFS DE COMPORTEMENT:

1- Définir le rôle des différentes classes de médicaments énumérées ci-dessous:

analgésiques, antibiotiques, anthelmintiques, anti-diarrhéiques, anti-émétiques, anti-inflammatoires, anti-pyrétiques, anti-spasmodiques, ferment lactique, sédatifs, vitamines

2- Enumérer pour chacune de ces classes au moins trois (3) médicaments, et identifier un (1) effet secondaire spécifique à chacun.

B) CONTENU

1.0 Classes de médicaments

1- ANALGESIQUES:	*médicaments qui atténuent ou abolissent les sensations douloureuses sans provoquer de perte de conscience.*
2- ANTIBIOTIQUES:	*médicaments utilisés pour inhiber la croissance et même détruire les bactéries et les autres micro-organismes infectieux.*
3- ANTHELMINTIQUES ou VERMIFUGES ou ANTIHELMINTIQUES:	*médicaments qui luttent contre les vers intestinaux. Les uns paralysent les vers, tandis que les autres les réduisent en bouillie.*
4- ANTI-DIARRHEIQUES:	*médicaments destinés à ralentir le cheminement du contenu intestinal; ils diminuent donc le péristaltisme intestinal.*

5-	ANTI-EMETIQUES ou ANTI-VOMITIFS:	*médicaments utilisés pour faire cesser les nausées et calmer les vomissements.*
6-	ANTI-INFLAMMATOIRES:	*médicaments utilisés pour arrêter les processus inflammatoires.*
7-	ANTI-PYRETIQUES:	*médicaments utilisés pour faire baisser la température.*
8-	ANTI-SPASMODIQUES:	*médicaments qui déterminent un relâchement de la fibre musculaire lisse.*
9-	FERMENTS LACTIQUES:	*lacto-ferments qui aident à rétablir et maintenir la flore intestinale normale.*
10-	SEDATIFS:	*médicaments qui diminuent l'excitabilité du système nerveux, surtout lorsque celui-ci est anormalement irritable.*
11-	VITAMINES:	*se sont des substances chimiques dont l'organisme est incapable de faire la synthèse, et qui doivent lui être fournies par l'alimentation. Les doses nécessaires à l'organisme sont très faibles.*

EXERCICE

Classe les médicaments énumérés ci-dessous dans le tableau présenté à leur suite. Fait un effort de mémoire et commence par classer les médicaments que tu connais. Peut-être ne t'en restera-t-il que très peu à chercher dans les volumes suivants: *Pharmacologie* par Sr. Céline du Carmel, *Pharmacie*, par Touitou, C.P.S. (*Compendium des produits et des spécialités pharmaceutiques*). N'oublie pas de leur découvrir à chacun un effet secondaire.

2.0 Médicaments

Lincocin, aspirin, démérol, redoxon, sonerul, ostoco, dramamine, donnagel PG., tempra, donnagel, Bacid, belladenal, Tri-Vi-Sol., Nozinan, vanquin, Darvon, resteccin, semence de courges, gravol, Kaopectate, Ancatropine, coplulac, suppo-spirine, largactil, versapen, antepar, butazolidine, stémétil, décadron, formulac, arrestocart, résilac.

CLASSES DES MEDICAMENTS	MEDICAMENTS	EFFETS SECONDAIRES
Analgésiques:		
Antibiotiques:		
Anthélmintiques:		
Anti-diarrhéiques:		
Anti-émétiques:		

CLASSES DES MEDICAMENTS	MEDICAMENTS	EFFETS SECONDAIRES
Anti-inflammatoires:		
Anti-pyrétiques:		
Anti-spasmodiques:		
Ferment lactique:		
Sédatifs:		

CLASSES DES MEDICAMENTS	MEDICAMENTS	EFFETS SECONDAIRES
Vitamines:		

ETAPE IV PATHOLOGIES

I PATHOLOGIES DE LA BOUCHE

1.0 INFECTIONS

- 1.1 stomatites
- 1.2 gingivite
- 1.3 glossite

2.0 CARIES DENTAIRES

3.0 FISSURE LABIALE

4.0 FISSURE PALATINE

A) OBJECTIFS DE COMPORTEMENT:

1- Identifier les éléments constituant la cavité buccale

2- Décrire la structure d'une dent et énumérer les variétés de dents constituant la dentition normale.

3- Identifier les parties de la langue.

4- Définir stomatite, gingivite, glossite, énumérer la cause principale et au moins deux (2) symptômes de ces infections.

5- Expliquer le processus de la carie dentaire.

6- Enumérer et décrire les moyens préventifs de la carie dentaire.

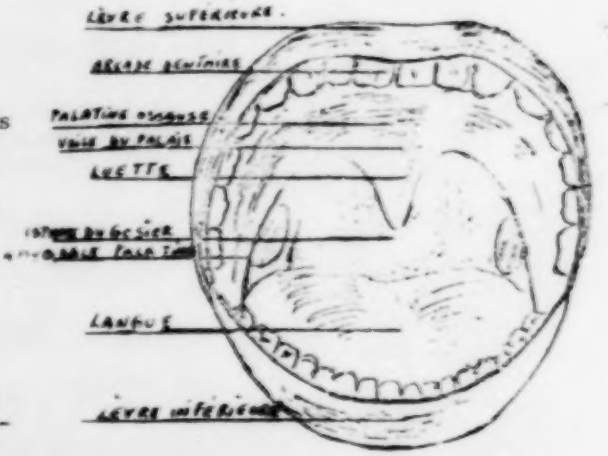
7- Définir ce qu'est une fissure labio-palatine; énumérer les causes de cette malformation; résumer l'importance de l'aspect psychologique; expliquer le problème de l'alimentation ainsi que les soins de la bouche nécessaires dans une telle malformation, et décrire les soins post-opératoires à prodiguer à l'enfant atteint d'une fissure labiale et d'une fissure palatine.

B) RAPPEL ANATOMIQUE: la bouche et ses dépendances

1.0 BOUCHE

1.1 Définition

C'est une cavité ovalaire et irrégulière, à grand axe antéro-postérieur, située au-dessous des fosses nasales; elle est comprise entre la voute palatine en haut, le plancher buccal et la langue en bas, limitée en avant par les lèvres, latéralement par les joues et en arrière par le voile du palais.



CAVITE BUCCALE

PLANCHE I

1.2 Structure:

A) Vestibule: entre les dents et les lèvres et limité par les arcades dentaires.

B) Cavité buccale (planche I)

C) Organes: lèvres, langue, dents, glandes salivaires.

2.0 LEVRES

C'est un repli musculo-membraneux, situé en avant des arcades dentaires. Les lèvres possèdent un orifice qui change d'aspect suivant qu'elles sont en contact (fente buccale) ou qu'elles sont éloignées (orifice buccal). Latéralement elles se réunissent par les commissures labiales.

3.0 LANGUE

3.1 Définition

Elle est composée d'un corps musculaire recouvert d'une muqueuse. Sa forme peut

être comparée à une sorte de palette adhérente par sa base et libre par sa partie convexe. Elle est rattachée aux os suivants: maxillaire inférieur, l'apophyse styloïde du temporal, en haut par le palais et en bas par le filet.

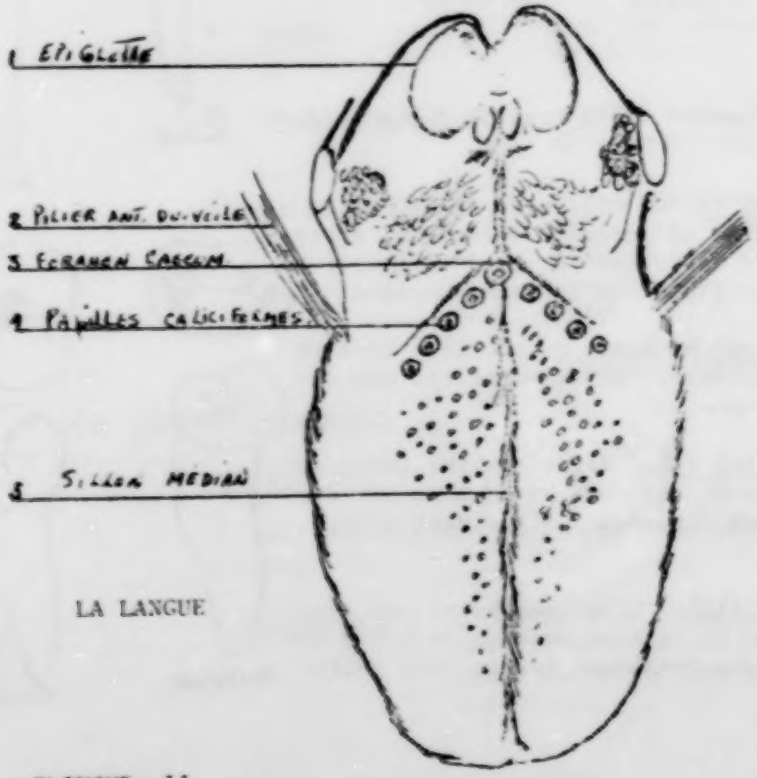
3.2 Structure: (planches II et III)

La langue comporte des papilles qui sont de trois (3) formes:

- fongiformes
- filiformes: enregistrent la sensation thermique
- caliciformes

3.3 Rôles:

Propulsion
Gustation
Appréciation tactile et thermique
Phonation



LA LANGUE

PLANCHE II

LES PAPILLES DE LA LANGUE

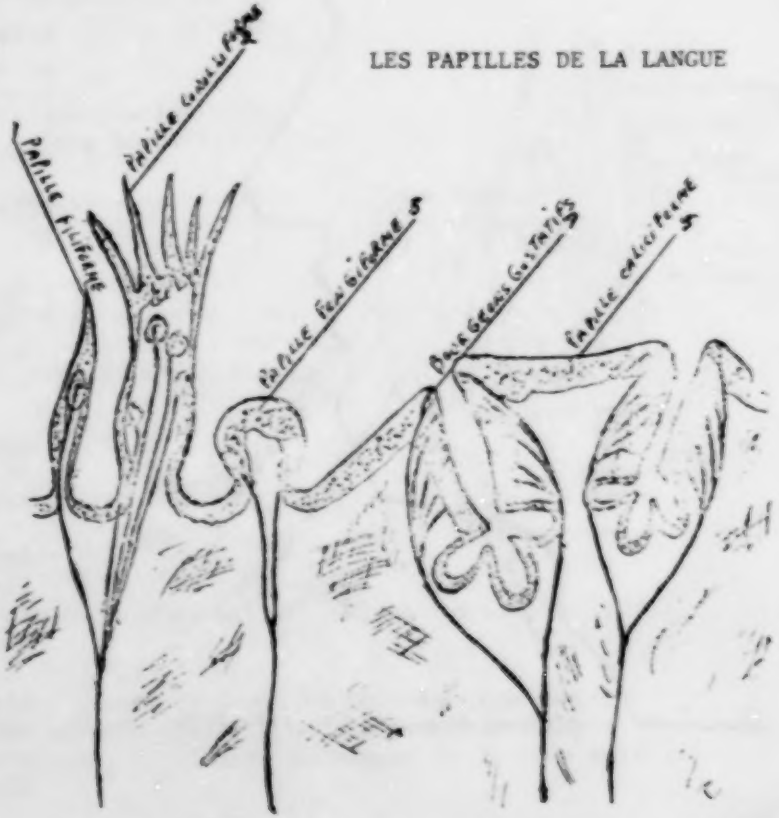


PLANCHE III

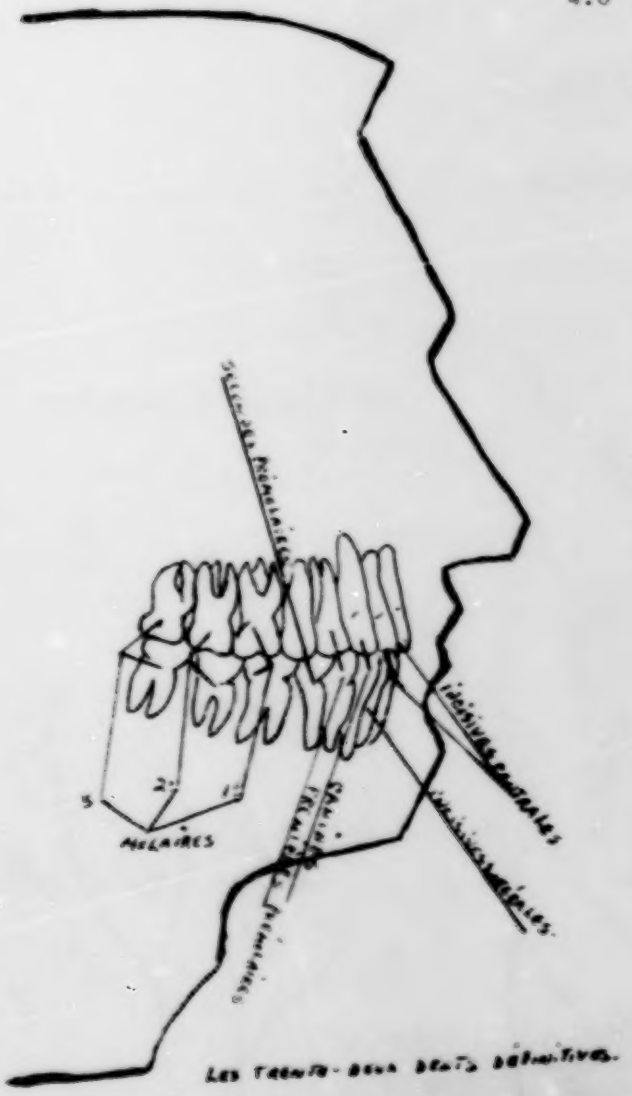


PLANCHE IV

4.0 DENTS

4.1 Définition:

Les dents sont des formations osseuses d'origine épidermique. Elles sont implantées dans de petites cavités ou alvéoles, creusées dans les rebords des maxillaires supérieurs et inférieurs.

4.2 Rôles:

Saisir les aliments, les déchirer et les broyer afin de les rendre plus accessibles à l'action des sucs digestifs.

4.3 Nombre:

Elles sont au nombre de 32 chez l'adulte et de 20 chez l'enfant.

- Les incisives (8) du milieu de la mâchoire inférieur elles se dirigent d'avant en arrière. Leur but est de couper et d'inciser. Elles possèdent une seule racine conique.

- Les canines (4) ou dents de l'oeil. Leur rôle est de déchirer. Elles possèdent une racine très longue.

- Les prémolaires (8). Elles ont une forme cubique et la surface libre se termine par deux tubercules peu accusées. Elles sont triturantes.

- Les molaires (12). Elles possèdent une couronne épaisse et cubique pourvue de 4 à 5 tubercules; elles possèdent des racines multiples.

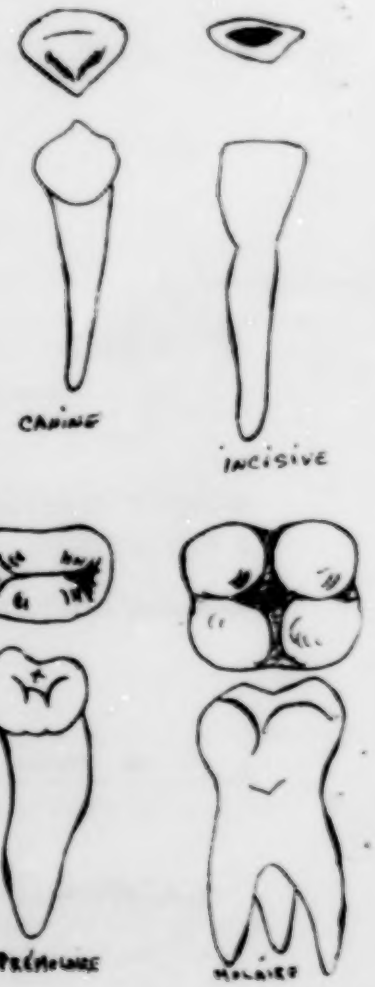


PLANCHE V

4.4 Caractères généraux: (planche VI)

A) Couronne: partie visible de la dent.

B) Racine: perçée à son extrémité terminale par un orifice qui laisse passer les vaisseaux.

C) Collet: rétrécissement qui sépare la couronne de la racine.

PLANCHE VI

4.5 Structure: (planche VII)

A) Ivoire ou dentine: est une substance dure et calcaire ayant la constitution du tissu osseux. Elle enveloppe et emprisonne la pulpe.

B) Email: elle est recouverte de prismes transparents, de coloration jaunâtre ou blanc bleuâtre.

C) Racine ou cement: matière dure, opaque et adhérente au périoste alvéolo-dentaire.

D) Pulpe dentaire: c'est une substance conjonctive molle, rougeâtre et riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi qu'en nerfs. Elle est située dans le centre de la dent dans le canal médullaire.

PLANCHE VII

5.0 GLANDES SALIVAIRES

5.1 Définition:

Ce sont des glandes en grappe composées, destinées à fournir la salive. Elles forment trois (3) groupes.

- Parotide: c'est la plus volumineuse; elle est située en avant et en dessous du conduit auditif externe, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur. Son canal excréteur est le canal de Sténon, il s'ouvre au niveau de la 2ème molaire supérieure.

- Sous-maxillaire: elle est moins volumineuse que la parotide, elle est située dans la région sus-hyoidienne. Son canal excréteur, le canal de Wharton.

- Sublinguale: elle est située dans le plancher de la bouche de chaque côté du frein de la langue. Elle possède de nombreux canaux excréteurs: les canaux de Wather, un de ceux-ci est plus volumineux, le canal de Rivinus.

5.2 Produits de sécrétion:

Le produit de sécrétion n'est pas le même pour chaque glande.

- La parotide fournit un liquide limpide, fluide: la ptyaline. C'est la glande de la mastication.

- La glande sous-maxillaire sécrète une salive filante, visqueuse et limpide, très riche en mucine. Elle représente la glande de la gustation.

- La sublinguale sécrète une salive visqueuse, épaisse et riche en muscine également. Elle joue un rôle dans la déglutition.

N.B.: Il y a plusieurs glandes accessoires situées sur la surface des lèvres et qui sécrètent du mucus.

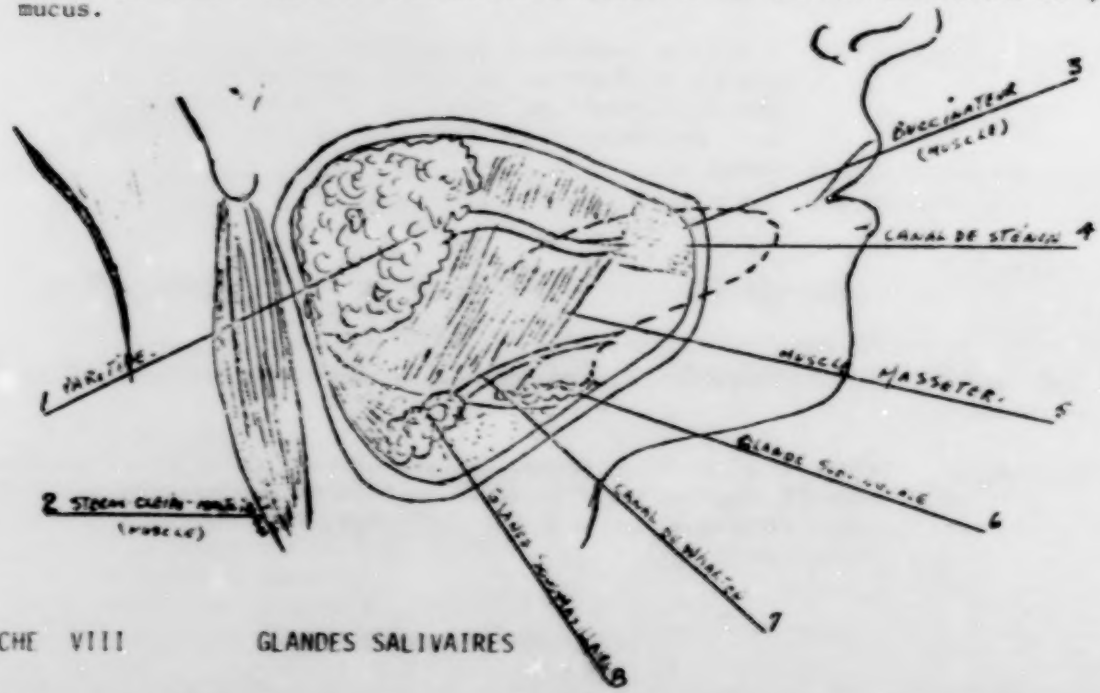


PLANCHE VIII GLANDES SALIVAIRES

C) RAPPEL PHYSIOLOGIQUE: la salive

1.0 Définition:

C'est un liquide à réaction alcaline sécrété de façon continue à raison de 100 à 1500 c.c./24 heures. Elle est augmentée au moment des repas.

2.0 Composition:

- Eau, 99.5%
- Sels minéraux, .15% (phosphates et carbonates de NA et Ca, NACL)
- Mucus ou mucine
- Diastases (ptyaline ou amylase salivaire)

N.B.: Lecture obligatoire: *Anatomie et physiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, p. 255 à 259 et p. 279 à 282.*

D) PATHOLOGIES:

1.0 Infections:

Les stomatites, gingivites et glossites, sont difficilement dissociables, c'est pourquoi je vais te présenter ces pathologies ensemble, en apportant des particularités au besoin.

a) Définition:

Lésions inflammatoires ou infectieuses qui se produisent à l'intérieur de la bouche (stomatite) au niveau des gencives (gingivite), et sur la langue (glossite).

b) Etiologie:

- Virus de l'herpès
- Dents mal entretenues
- Maladies contagieuses
- Poussé dentaire
- Troubles digestifs
- Carences vitaminiques (avitaminose C-B)

- Intoxications médicamenteuses
- Complications aux traitements par les antibiotiques

c) Symptomatologie:

- Apparition brusque des lésions au niveau de la muqueuse buccale, des gencives ou de la langue.
- Douleurs buccales (muqueuse buccale, gencives, langue)
- Hypersalivation
- Fétidité de l'haleine
- Refus de s'alimenter
- Hyperthermie
- Adénopathie sous-maxillaire

N.B.: Les lésions se présentent d'abord comme des vésicules recouvertes d'une membrane jaunâtre. Cette membrane tombe et une véritable ulcération apparaît.

d) Evolution:

La langue et les joues sont les plus souvent atteintes. Mais évidemment aucune partie de la bouche ne demeure à l'abri. La phase aigue peut durer de quatre à neuf jours. L'infection disparaît spontanément.

e) Traitement:

C'est un traitement symptomatique qui s'impose. Il s'agit de chercher la cause et de procurer le traitement qui s'impose (soins attentifs des dents, alimentation riche en vitamine C-B).

f) Soins infirmiers:

- Surveiller les moindres signes d'inflammation buccale.
- Exiger un bon soin de la bouche (brossage des dents, visites régulières chez le dentiste.)
- Nettoyer les lésions et appliquer les crèmes ou lotions médicamenteuses ✗ par le médecin.
- Donner des aliments doux, non épicés, tièdes et non irritants pour la muqueuse buccale.

2.0 SOINS DENTAIRES

La carie dentaire est un problème de grande importance, à propos duquel on devrait se poser plus souvent des questions comme celles-ci par exemple:

Q. 1 A-t-on raison de croire que les dents de lait exigent moins de soins que les dents secondaires?

R. Négliger les dents de lait c'est causer infection et douleur. Si on néglige les dents de lait, on risque de les perdre plus tôt, de gêner le développement des maxillaires et ainsi les dents permanentes seront trop serrées et irrégulières. Ce sont les dents de lait qui doivent fonctionner en attendant que les dents définitives prennent la relève.

Q. 2 Y-a-t-il des dents plus sensibles à la carie que d'autres?

R. Certainement, et je pense tout de suite à la première molaire définitive qui est déjà en formation au moment de la naissance. Elle apparaît derrière la petite molaire de lait vers l'âge de six ans. Très peu de parents savent que c'est une dent définitive. Ces premières molaires définitives sont de toutes nos dents, les plus sujettes à la carie. Plus de 25% des enfants ont des caries dans l'une au moins de leurs molaires permanentes. Si ces caries ne sont pas soignées, les dents sont perdues.

Q. 3 La "molaire définitive" est donc si importante?

R. Elle est la pierre angulaire de l'arcade dentaire. C'est sa perte précoce qui fait glisser les autres dents dans des positions incorrectes, qui gêne le développement de la mâchoire, la structure du visage et même déclenche des réactions nuisibles à la santé des dents et à l'état général de l'individu. C'est pourquoi dès l'âge de six ans, cette molaire doit être surveillée.

Q. 4 Où se localisent surtout les caries?

R. Les cavités commencent à se former à la surface de la dent, là où les débris d'aliments s'accumulent et séjournent de façon prolongée. On les retrouve surtout au point de contact de deux dents, au collet des dents, près des lèvres et des joues.

Q. 5 *Qu'est-ce qui cause la carie dentaire?*

R. L'action des bactéries sur les sucres et les féculents provoque des acides qui dissolvent l'émail. D'autres facteurs indirects peuvent exercer une influence sur la carie, ce sont: tendance héréditaire, forme et composition des dents, position des dents, composition et quantité de la salive. On va jusqu'à dire que l'anxiété et l'inquiétude peuvent avoir une certaine influence sur la carie. Un autre facteur qui active l'activité cariogène, c'est un mauvais état de santé. Ceci s'explique par le fait que la salive est ainsi attirée quantitativement et qualitativement, perdant ainsi son action bactériostatique.

CARIE DENTAIRE

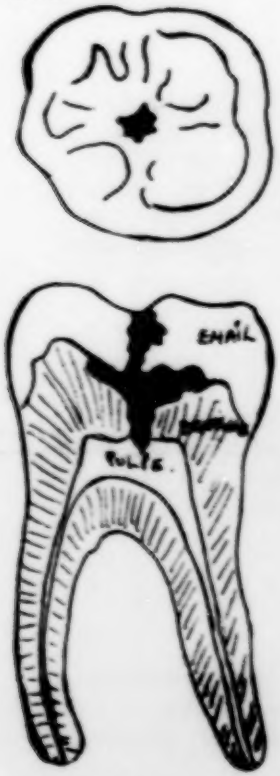


PLANCHE IX

Q. 6 *Quelles sortes de bactéries provoquent la carie?*

R. On peut classer les bactéries en trois groupes:

1- Les organismes acidifiants et alcalinisants qui décalcifient les tissus durs et la surface de la dent.

2- Les organismes protidiens qui digèrent la matière organique après la décalcification. Ce sont eux qui ternissent les dents et donnent cette mauvaise odeur de la carie.

3- Enfin les organismes lipidiens forment des plaques sur les surfaces lisses des dents où sont logées les organismes acidifiants et protidiens.

Q. 7 *Mais peut-on prévenir la carie d'une façon appréciable?*

R. Certainement. Il faut réduire la présence des hydrates de carbone (sucres) entre les repas. Comme goûter on mangera plutôt des fruits, des noix ou du fromage. Une autre façon de prévenir la carie dentaire c'est de maintenir une bonne hygiène buccale (brossage des dents P.C.) et enfin d'augmenter la résistance des dents par la fluorisation.

Q. 8 *Quand doit-on se brosser les dents?*

R. Ceci est une bonne question, car ce n'est pas tout de se brosser les dents, encore faut-il se les brosser au bon moment. Et c'est <u>tout de suite après les re-</u>

pas qu'on devrait le faire, car la formation d'acides commence quelques secondes après l'absorption du sucre et atteint son maximum dans les 15 à 30 minutes suivantes. C'est donc tout de suite après les repas qu'il faut empêcher la formation d'acides. Le brossage des dents au réveil et au coucher à un effet uniquement esthétique et est plutôt bénéfique pour les gencives.

Q. 9 *Mais il n'est pas toujours possible de se brosser les dents après chaque repas! Que fait-on alors?*

R. Rincez-vous la bouche à fond à l'eau claire. S'il n'y a pas d'eau, alors finissez le repas par une pomme ou une poire, une carotte, du céleri ou du navet cru.

Q.10 *J'ai connu une petite fille qui se brossait les dents après chaque repas, ainsi que le matin et le soir, et elle faisait quand même énormément de carie. Quelles explications donnez-vous à ça?*

R. Probablement que cette enfant brossait les parties les plus exposées de ses dents, lesquelles se nettoient habituellement d'elles-même. Il faut apprendre aux enfants à se brosser les dents de façon à atteindre tous les recoins et interstices de la dentition; et un bon moyen de stimuler l'enfant à bien se brosser les dents tout en s'amusant, c'est de lui faire rincer la bouche avec une solution colorante qui indique les dépôts nocifs, les pellicules, qui recouvrent les dents et qui sont en fait les points vulnérables. Ainsi l'enfant verra les saletés de ses dents et ses brossages ultérieurs seront beaucoup plus efficaces.

Q.11 *Est-il vrai que le fluor aide à prévenir la carie dentaire?*

R. L'emploi du fluor n'est pas une panacée qui nous permet d'abuser des sucres et de négliger l'hygiène buccale, mais il est évident qu'il aide à réduire le nombre des caries. L'utilisation maximale du fluor se fait par l'absorption d'une eau fluorée avant la naissance, permettant ainsi aux liquides de l'organisme, au moment de la formation des dents, de s'incorporer ainsi à la substance dentaire. C'est le procédé le plus efficace pour s'assurer l'absorption du fluor. L'utilisation de dentifrices au fluor réduit également le nombre des caries. Une autre technique utilisée est l'application locale de fluor, cependant les résultats son peu satisfaisants et aussi très coûteux.

Q.12 On recommande de visiter régulièrement son dentiste. Mais quand doit commencer ce contrôle dentaire et à quelle fréquence doit-on consulter le dentiste?

R. La première visite de l'enfant chez le dentiste doit se faire vers l'âge de trois ans, soit un an après l'éruption de sa première dentition. Par visites régulières, on entend une visite environ tous les six mois; de toutes façons le dentiste peut vous informer sur la fréquence de ces visites. Le but de ces contrôles est de détecter les anomalies dès leur début avant que les soins nécessaires ne soient importants et coûteux.

Q.13 Je trouve que c'est un peu tôt que d'amener un enfant de trois ans chez un dentiste. Il n'a pas de carie à cet âge. Pourquoi risquer de l'effrayer par une telle visite?

R. Détrompe-toi. La moitié des enfants ont déjà une carie à cet âge et même parfois à l'âge de deux ans et demi. S'il n'en a pas tant mieux, mais il faut que l'enfant s'habitue au dentiste avant d'avoir besoin de soins importants. L'enfant ne craindra pas le dentiste, à moins qu'on ne lui apprenne à avoir peur. Il s'en fera plutôt un ami.

Q.14 A quel âge doit-on habituer l'enfant à se brosser les dents?

R. Vers l'âge de trois ans. Avant cet âge, un brossage des dents risque de blesser la muqueuse buccale qui est fine et qui se lèse facilement. Avant cet âge on utilise des tiges montées trempées de sérum physiologique ou d'une solution de bicarbonate de soude.

Q.15 Les dents définitives de mon petit frère commencent à pousser. Maman s'inquiète, car les dents secondaires sont plus foncées que ses dents de lait...

R. Il n'y a pas lieu de s'alarmer, la coloration normale des dents permanentes est habituellement plus foncée que celle des dents de lait. Lorsque sa dentition permanente sera complétée, tu verras la coloration sera uniforme.

Q.16 Vers quel âge se situe le risque maximum de carie?

R Vers l'âge de 5-8 ans pour la dentition temporaire.
Vers l'âge de 12-18 ans pour la dentition permanente.

Q.17 Quelle différence y a-t-il entre un dentiste et un orthodontiste?

R. Grosso modo, un dentiste procure des soins dentaires tandis qu'un orthodontiste détecte, prévient et corrige les irrégularités de la position des dents; les mauvais rapports entre les mâchoires, les déformations du visage et de la parole associées à ces affections.

Q.18 Qu'est-ce qu'une malocclusion et quelles peuvent être les causes d'un tel problème?

R. C'est une mauvaise implantation dentaire. Bien souvent la position des dents est anormale par suite d'un trouble dans le développement des mâchoires à cause d'une chute précoce des dents de lait, par suite de désordres de nutrition et de croissance et aussi à cause de certaines habitudes néfastes comme celle de sucer son pouce. La malocclusion peut également être héréditaire.

Q.19 Outre la question d'inesthétisme, quels autres problèmes peut entraîner un mauvais alignement des dents?

R. Les dents mal alignées empêchent de mâcher correctement, elles sont comme tu as dit inesthétiques et provoquent même des troubles psychologiques. Ces dents sont aussi plus vulnérables à la carie et aux maladies du périodonte.

Q.20 Qu'appelles-tu maladies du périodonte?

R. Ce sont les maladies qui affectent la membrane alvéolo-dentaire, et même parfois le périoste dentaire.

Q.21 Est-ce vrai que chez les adolescents une alimentation saine durcit l'émail des dents?

R. Les adolescents ne peuvent pas améliorer leurs dents par une bonne alimentation, pour la bonne raison que l'émail des dents est complètement formée vers l'âge de 8 ans. Cependant, ils peuvent endommager leurs dents par trop de sucreries.

Lecture obligatoire dans le Guide Médical de la Famille, p. 522 à 540. Après une lecture attentive, résume deux aspects qui t'ont semblé important, et justifie ton choix.

3.0 FISSURE LABIALE OU BEC DE LIEVRE

A) DEFINITION

La fissure labiale ou "bec de lièvre" est une des anomalies congénitales les plus courantes. Elle consiste en une fusion incomplète entre la membrane centrale et l'une des deux membranes latérales qui forment la région qui s'étend de la lèvre supérieure aux narines. *La fissure unilatérale est localisée sous le centre de l'une des narines* (Planche X-A), *la fissure bilatérale siège sous les deux narines* (Planche X-B), *la fissure peut être incomplète, c'est-à-dire n'être qu'une simple échancrure du rebord charnu des lèvres, mais elle peut s'étendre aussi jusqu'aux narines. L'aile du nez peut être déplacée vers le côté, le plancher du nez et même les gencives peuvent être déformées. A ceci peut s'ajouter une fissure de la voûte osseuse, dite palatine* (Planche X-C).

B) ETIOLOGIE

1- Hérédité

2- Facteurs génétiques liés aux conditions du milieu

3- Absence de fusion des structures des lèvres et du palais au cours du développement du foetus. La fusion des éléments maxillaires et pré-maxillaires a normalement lieu entre la 5ème et la 8ème semaines de la vie intra-utérine. Le palais se forme ordinairement un mois plus tard.

C) INCIDENCE

Plus fréquente chez les garçons que chez les filles. La fréquence est de un pour 800 ou 1,000 naissances.

BECS-DE-LIEVRE

A) Bec-de-lièvre simple ou unilatéral

B) Bec-de-lièvre bilatéral

C) Bec-de-lièvre fissure dite Palatine

PLANCHE X

D) ASPECT PSYCHOLOGIQUE

1- Lorsque les parents apprennent que leur nouveau-né présente cette anomalie, ils ressentent un grand choc, même si quelqu'un de leur famille a déjà subi une opération réussie, d'une telle affection.

2- Permettre aux parents d'exprimer leur peine, leur colère, leur déception. Mais avant d'envisager avec eux l'opération il faut que le stade d'acceptation soit atteint.

3- Lorsqu'ils sont prêts à envisager l'opération, on leur explique les étapes de la chirurgie réparatrice, et on leur montre des photos d'enfants ayant subi une opération analogue (leur montrer des photos avant et après l'opération). Même si cela est possible leur faire rencontrer des parents et même les enfants ayant connu la même anomalie.

4- Il faut aussi que les parents s'habituent à accepter l'enfant tel qu'il est, prévenir tout sentiment de surprotection ou de rejet.

E) PROBLEME DE L'ALIMENTATION

L'alimentation de ces enfants est un problème qui relève du nursing. C'est au personnel infirmier que revient l'initiation des parents au problème de l'alimentation.

1- Placer l'enfant en position assise

2- Diriger le flux du lait vers le côté de la bouche:

Réduit le risque d'aspiration et diminue le volume d'air avalé au cours de l'alimentation.

3- Nourrir l'enfant avec une tétine:

L'action de téter favorise le développement des muscles nécessaires à la parole. Différentes sortes de tétines peuvent être utilisées:

- *ordinaires*
- *en caoutchouc mou*
- *en bec de canard*
- *compte-gouttes*

4- Utiliser, faute de tétines, une cuillère ou une seringue asepto:

L'écoulement du lait devra être dirigé en fonction de la capacité de déglutition de l'enfant.

5- Donner le repas assez rapidement:

Prévient la fatigue chez l'enfant. Il faut toujours surveiller les risques d'aspiration bronchique.

6- Gaver l'enfant, si impossibilité de le nourrir avec l'un ou l'autre des moyens énumérés ci-dessus:

Le gavage à l'inconvénient de procurer très peu de satisfaction à l'enfant.

F) HYGIENE BUCCALE:

1- Donner une petite quantité d'eau stérile à l'enfant après chaque repas.

Ceci permet d'éliminer les résidus.

2- Nettoyer la lèvre et le pourtour de la fissure après chaque repas à l'aide de tiges montées stériles imbibées de sérum physiologique.

On assèche sans frotter, avec des compresse stériles.

3- Appliquer sur la médicale une crème adoucissante (non huileuse) sur la lèvre et la fissure.

Prévient la formation de croûtes de lait ou de salive.

NOTE: Surveiller les signes de détresse respiratoires ou les troubles gastro-intestinaux, et protéger l'enfant contre toutes les infections. La mère doit être capable de donner à l'enfant tous les soins de routine.

G) TRAITEMENT ET SOINS:

1- Définition:

On devrait réparer très tôt une fissure labiale complète, parce que cette infir-

mité nuit à l'alimentation. On appelle cheiloplastie, l'opération qui consiste à restaurer plus ou moins complètement l'autre lèvre. Lorsqu'il s'agit de la suture d'une lèvre on parle de cheilorraphie. (planche XI).

La correction chirurgicale doit être effectuée par un chirurgien compétent, spécialiste en chirurgie esthétique. L'âge auquel la correction est faite, dépend du chirurgien. Certains préfèrent opérer le bébé durant son premier mois de vie, tandis que d'autres préfèrent l'opérer à trois mois. L'enfant doit être en bonne santé, et être libre de toute infection. Le pronostic est excellent lorsque l'intervention est pratiquée à temps.

CHEILOPLASTIE

PLANCHE XI

2- Soins pré-opératoires:

Bonne hygiène buccale et suivre attentivement les recommandations du chirurgien.

3- Soins post-opératoires:

1- Maintenir les voies respiratoires de l'enfant libres. Il s'est habitué à respirer par la bouche, ce qui peut être difficile après l'opération. On doit signaler au médecin toute inflammation des tissus de la langue, de la bouche ou des narines. Garder au chevet de l'enfant un laryngoscope, une canule endotrachéale et l'appareil à succion.

2- Surveiller les signes d'hémorragies.

3- Surveiller les signes de détresse respiratoire.

4- Respecter la prescription concernant le régime de l'enfant.

5- Nettoyer l'incision et les narines avec une solution [illegible] par le médecin. Habituellement, on n'utilise pas le peroxyde d'hydrogène pour nettoyer la plaie car il détruit les cellules nouvelles qui se forment. On doit tamponner la

lèvre avec la gaze, on ne doit pas utiliser de tampons d'ouate, car ils peuvent laisser des fils et nuire à la cicatrisation. La suture ne doit pas être tirée ou pressée, car la cicatrice sera irrégulière.

6- Eviter que l'enfant pleure, car les pleurs imposent à la ligne de suture une tension que le diachylon ou pont métallique ne peut absorber (diachylon papillon afin de rapprocher les lèvres de la plaie).

7- Permettre à l'enfant des éructations fréquentes afin de débarrasser le bébé de l'air qu'il a avalé et aussi pour faciliter son confort.

8- Si les mains de l'enfant sont immobilisées, on doit libérer chaque bras à tour de rôle, afin de lui permettre des mouvements normaux, qui favorisent sa circulation.

9- Comme il ne peut sucer, on doit le prendre dans nos bras, le cajoler afin de lui procurer d'autres satisfactions émotives.

10- Le distraire avec des jouets, des mobiles colorés afin qu'il se désintéresse de la région opérée.

11- On doit le changer fréquemment de position afin de prévenir une pneumonie hypostatique. Ne jamais coucher l'enfant sur le ventre et en position latérale. La position latérale est quand même moins dangereuse, car il lui est impossible ainsi d'aspirer ses sécrétions.

12- L'alimentation au sein ou au biberon peut être reprise après deux semaines.

13- Le diachylon ou le pont métallique doit être changé p.r.n.

4.0 FISSURE PALATINE

A) DEFINITION

Elle est souvent associée à une fissure labiale. Elle est plus sérieuse que la fissure labiale parce qu'elle perturbe davantage la respiration et l'alimentation de l'enfant. Elle est aussi plus difficile à corriger. La fissure peut

se limiter au voile du palais, ou s'étendre au nez et à la voûte du palais. Il y a donc communication entre le bucco-pharynx et le nez, ce qui cause des difficultés d'alimentation, de phonation et aussi un danger d'infection. L'enfant est incapable de sucer et même s'il essaie, une partie des aliments peut être expulsée par le nez. On peut adapter un appareil qui comble l'orifice du palais.

B) ETIOLOGIE

Idem à la fissure labiale. Voir page 31 de ce guide.

C) INCIDENCE

Elle se produit plus souvent chez les filles.

D) ENSEIGNEMENT A DONNER A LA MERE

1- Aider la mère à accepter son enfant, tel qu'il est sans le surprotéger et même le rejeter.

2- Habituer la mère à donner le biberon à son enfant. Hydrater suffisamment l'enfant. On devrait lui enseigner comment faire boire l'enfant avec une tétine molle, avec de grandes ouvertures afin de permettre au lait de s'écouler dans la bouche sans que l'enfant ait besoin de sucer, ou encore on peut utiliser une tétine spéciale qui obstrue le voile du palais et permet à l'enfant de sucer sans danger.

3- On peut aussi l'alimenter au compte-gouttes, et en dernier ressort, on peut utiliser le gavage.

4- Durant l'alimentation on doit tenir l'enfant en position assise afin de faciliter sa déglutition, prévenant ainsi une aspiration à un refoulement des aliments par le nez. Par la suite, on peut l'alimenter à la cuillère et lui apprendre à boire à la tasse.

5- On doit immobiliser les bras de l'enfant afin d'éviter que l'enfant suce ses doigts, ou d'autres objets dans sa bouche, et irriter ainsi la fissure.

6- Bien nettoyer la bouche avec un antiseptique léger. On rince la bouche après le repas.

7- Conseiller à la mère d'aller consulter un orthodontiste dès la première année et un orthophoniste dès la seconde année.

E) TRAITEMENT ET SOINS

1- Définition:

Le traitement et la rééducation de l'enfant atteint d'une fissure palatine peut exiger plusieurs années de traitements médicaux, chirurgicaux, dentaires et orthophoniques. Les soins sont apportés par une équipe de la santé constituée de treize (13) personnes: un pédiatre, un chirurgien esthétique, un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste, un technicien dentaire, un orthodontiste, un orthophoniste, un assistant social, un psychologue, un psychiatre pédiatrique et une infirmière en santé publique ou en pédiatrie. Le médecin de famille peut agir comme coordonnateur entre la mère et l'équipe de santé.

2- Correction chirurgicale:

L'enfant doit être suivi dès le début par une équipe spécialisée afin d'observer les modifications palatines entraînées par la croissance et aussi afin de décider de la conduite à tenir. L'intervention se fait entre un an et cinq ans. Le chirurgien essaie de corriger la défectuosité pour réaliser une union maximale des tissus du palais sans blesser le maxillaire de façon à ce que l'enfant puisse parler intelligemment. Si on doit retarder l'opération, on doit appliquer une prothèse palatine, afin que l'enfant puisse faire un apprentissage normal de la parole. Si on retarde à utiliser une prothèse, l'enfant gardera un défaut de langage toute sa vie, même après l'intervention. De même si la réparation chirurgicale demeure impossible, l'enfant devra porter une prothèse qui sera remplacer suivant la croissance de l'enfant. L'opération qui consiste à faire une autoplastie du voile du palais se nomme staphyloplastie (Planche XII).

3- Soins pré-opératoires:

Idem à la réparation labiale (page 34 de ce guide) en plus on fait un temps de saignement (T.S.) et un temps de coagulation (T.C.). On alimente l'enfant 6 à 8 heures avant l'opération.

Expliquer à l'enfant l'intervention et les restrictions nécessaires en post-opératoires.

4- Soins post-opératoires:

- Procurer des soins afin de garder la bouche propre et sans irritation.
- Immédiatement après l'intervention on couche l'enfant en position ventrale, tête sur le côté, le pied du lit légèrement élevé pour prévenir l'aspiration des sécrétions.
- Surveiller tout signe d'obstruction respiratoire et d'hémorragie.
- L'enfant était habitué à respirer par des voies larges, c'est pourquoi cette intervention peut provoquer chez lui une gêne respiratoire.
- L'aspiration des sécrétions doit se faire uniquement si elle est prescrite. Mais il faut faire attention de ne pas léser la ligne de suture.
- Demander à l'enfant de ne pas frotter sa langue sur son palais.
- Il peut être nécessaire d'immobiliser l'enfant afin de l'empêcher de porter ses doigts à sa bouche. De temps à autre, libérer un bras de l'enfant et lui faire faire des mouvements afin d'activer la circulation sanguine.
- Diète liquide et stérilisée au début. Mais le lait est interdit, parce qu'il y a danger que le lait caillé se dépose sur la ligne de suture. Après chaque repas on doit rincer la bouche avec de l'eau stérile ou du soluté physiologique. L'alimentation liquide ou semi-liquide se poursuit pendant dix à quatorze jours. Les deux semaines suivantes on administre une diète molle et on revient au régime régulier. L'alimentation des premières heures après l'opération se fait à l'aide de compte-gouttes en caoutchouc ou en plastique, d'une tasse de papier ou du côté d'une cuillère. L'utilisation de pailles est interdite, elles augmentent la pression dans la bouche.

STAPHYLOPLASTIE

PLANCHE XII

- On demande à la mère (dans la mesure du possible) de séjourner à l'hôpital pendant les quelques jours après l'opération afin que l'enfant demeure calme et rassuré.

- Garder l'enfant au sec, au chaud dans la position la plus confortable.

- Sédatif ℞ parfois afin de calmer l'enfant.

- Le distraire en lui racontant des histoires, en lui montrant des illustrations, en lui faisant écouter de la musique et même en lui faisant écouter ses émissions favorites à la télévision.

5- Enseignement à donner à la mère lorsque l'enfant quitte l'hôpital:

- Elle doit prévenir tout traumatisme du palais.

- La mère doit adopter une attitude calme, saine afin de permettre à son enfant d'évoluer dans un milieu de vie normal. Ainsi, il ne portera pas plus d'objets à sa bouche que la moyenne des enfants de son âge et il ne sera pas porté à toucher son palais avec des jouets ou avec ses doigts. Ne pas oublier que son palais est insensible pour un certain temps, c'est-à-dire que toute lésion peut passer inaperçue.

- Lui éviter les jeux qui lui demandent de sucer, siffler et souffler.

- Isoler l'enfant de toutes personnes souffrant d'une grippe ou d'un rhume afin de le protéger d'une infection des voies respiratoires supérieures (cette précaution doit demeurer jusqu'à la guérison complète du site de l'intervention. Le médecin peut renseigner la mère à ce sujet).

F) COMPLICATIONS

- Otites moyennes à répétition et perte de l'acuité auditive.

- Caries dentaires.

G) PRONOSTIC

Bon, mais il dépend de l'étendue de la difformité à la naissance. Rééducation phonétique, aplanie les difficultés du langage.

H) PROPHYLAXIE INFECTIEUSE

Il ne faut pas exposer ces enfants à la contagion. Comme on sait, l'otite moyenne et la diminution d'acuité auditive est fréquente, il faut apprendre aux parents les moindres signes avant-coureurs:

- Irritabilité excessive
- Fièvre
- Douleurs: l'enfant se tire et se frotte les oreilles

I) SOINS DES DENTS

Soigner particulièrement les dents et les gencives. Un brossage des dents après chaque repas est nécessaire. Et comme pour tout autre enfant de cet âge, les visites bi-annuelles chez le dentiste sont nécessaires.

J) ORTHOPHONIE

L'apprentissage et l'éducation de la parole sont nécessaires. Une certaine quantité d'air s'échappe par le nez ce qui confère au langage une tonalité nasillarde et une mauvaise articulation.

Les parents doivent suivre des cours afin d'aider l'enfant à continuer son apprentissage de la parole à la maison.

K) QUESTIONS ET REPONSES

En terminant, j'aimerais te faire part de certaines inquiétudes ressenties parfois par l'infirmière soignant un enfant atteint d'une fissure labio-palatine.

Q. 1 *L'enfant atteint d'une telle malformation souffre-t-il d'un retard mental?*

R. Le développement intellectuel de l'enfant n'est nullement atteint. Si par contre tu notes un retard mental chez certains de ces enfants, il ne faut pas associer ces deux problèmes.

Q. 2 *Comment la mère peut-elle manifester son refus d'acceptation de l'état de son enfant à l'annonce d'une telle malformation?*

R. Elle insiste pour nourrir son enfant au sein alors qu'on lui dit que l'enfant doit être nourri au compte-gouttes.

Q. 3 *Par contre, comment manifeste-t-elle son acceptation?*

R. Elle pleure en tenant son bébé dans ses bras et elle parcourt la défectuosité avec ses doigts.

N.B.: Il ne faut quand même pas tirer des conclusions trop hâtives face à de telles réactions. Tout est discutable.

Q. 4 *Quelles sont les raisons qui affectent les parents d'un enfant atteint d'une telle malformation?*

R. a) La raison la plus pénible c'est que le visage de l'enfant est atteint.

b) Que le contact entre personnes s'établit par le contact visuel (expressions, mimique faciale).

c) L'enfant représente pour eux leur propre image. C'est une sorte d'extension d'eux-mêmes.

d) L'enfant attendu se doit d'être beau, sain, complet, c'est une sorte de faillite pour eux, c'est un coup porté à leur orgueil.

Q. 5 *On doit, dans la mesure du possible, empêcher l'enfant de pleurer. Quels moyens peut-on utiliser?*

1- Garder l'enfant propre et sec.

2- Lui offrir plusieurs petits repas.

3- Le changer fréquemment de position et lui faire faire des mouvements des bras s'il est immobilisé.

4- Le caresser, le bercer.

5- Garder la mère le plus longtemps possible avec l'enfant.

E) EXERCICES DE REVISION SUR LES PATHOLOGIES DE LA BOUCHE

QUI SUIS-JE?

1- *Je contiens les olives du goût* ( )

2- *On m'appelle aussi dent de l'oeil* ( )

3- *Nous sommes douze et nous n'apparaissons qu'au cours de la dentition* ( )

4- *Mon canal excréteur est le canal de Sténon* ( )

5- *Je suis le canal excréteur de la sous-maxillaire* ( )

6- *Mon appellation scientifique est le bruxisme* ( )

ENCERCLE LA BONNE REPONSE

HYGIENE DENTAIRE

1- *Le principal danger qui guette l'enfant est:*

a) carie des dents

b) gencives malades

c) dents irrégulières

2- *Les sucreries et les féculents causent la carie par:*

a) l'amollissement des gencives qui favorise l'infection

b) la formation des acides qui dissolvent l'émail.

c) leur manque de vitamines et de minéraux

3- *On peut prévenir la carie en:* *(deux réponses sont possibles)*

a) brossant les dents deux fois par jour

b) mangeant moins de sucreries

c) buvant plus de lait

d) faisant extraire sa dent cariée

e) brossant les dents après chaque repas

f) mâchant de la gomme

4- *Le meilleur dentifrice est:*

a) l'eau

b) un dentifrice à l'ammoniaque

c) du sel et du bicarbonate de soude

d) le moins coûteux

e) un dentifrice au fluorure d'étain

5- *S'il vous est impossible de vous brosser les dents après les repas, la meilleure chose à faire est de:*

a) manger une pomme

b) mâcher de la gomme

c) se rincer la bouche

d) se curer les dents

QUE REPONDRAS-TU A LA MERE QUI TE DEMANDE:

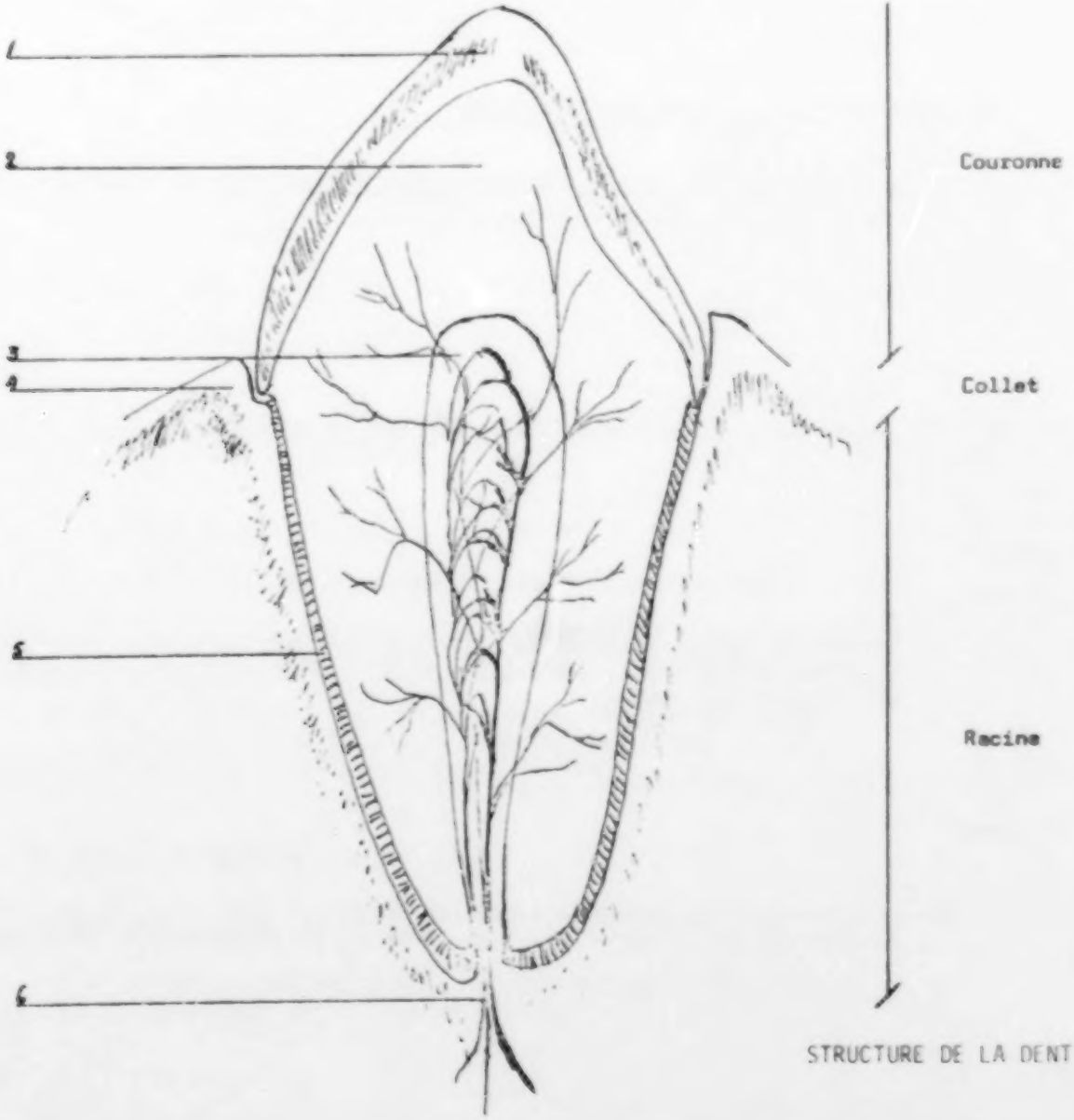
1- Quand j'alimente mon bébé qui a une fissure labio-palatine, je m'aperçois qu'il avale de l'air. Comment prévenir un tel problème?

2- J'aimerais mieux gaver mon enfant. Pourquoi le médecin me refuse-t-il de le faire?

3- A) Carole, ma petite fille de trois ans, a subi une staphyloplastie. Elle s'ennuie beaucoup de jouer avec ses petites amies. Peux-tu me suggérer des distractions qui sauront lui plaire?

B) Le chirurgien me défend de donner du lait à Carole. J'étais trop gênée pour lui en demander la raison. Est-ce vraiment si important? Elle aime tellement le lait.

4- Identifier les six (6) éléments numérotés de cette planche anatomique:



STRUCTURE DE LA DENT

ETAPE IV: PATHOLOGIES

II PATHOLOGIES DE L'ESTOMAC

1.0 CORPS ETRANGERS DANS LES VOIES GASTRO-INTESTINALES

2.0 INTOXICATION A L'ACIDE BORIQUE

3.0 VOMISSEMENTS

4.0 STENOSE DU PYLORE

5.0 SPASMES DU PYLORE

A) OBJECTIFS DE COMPORTEMENT:

1- Décrire la structure de l'estomac.

2- Expliquer les différentes phases du métabolisme.

3- Définir le vomissement, en énumérer ses mécanismes et ses causes et indiquer le rôle de l'infirmier (e).

4- Définir la sténose du pylore, en énumérer au moins quatre (4) symptômes, résumer le traitement et expliquer le rôle de l'infirmier (e).

B) RAPPEL ANATOMIQUE DE L'ESTOMAC:

1- Définition:

C'est un renflement du tube digestif intermédiaire à l'oesophage et à l'intestin grêle.

L'ESTOMAC

PLANCHE XIII

2- Situation:

Il est plaçé à la partie supérieure de la cavité abdominale, au-dessous du diaphragme et du foie; il répond à la région épigastrique et à l'hypocondre gauche.

3- Aspect:

Il a la forme d'une cornemuse et il présente:

- deux faces (antérieure-postérieure)
- deux bords (droit ou petite courbure - gauche ou grande courbure)
- deux extrémités (droite ou petite tubérosité - gauche ou grosse tubérosité)
- deux orifices (cardia: orifice supérieur et dépourvu de valvule appelé ouverture de l'estomac). (pylore: orifice inférieur, qui correspond à la fermeture de l'estomac).

4- Structure:

L'estomac comprend quatre (4) tuniques. Du dehors au dedans on reconnaît:

1- Tunique séreuse ou péritoine: elle comprend deux feuillets. L'un tapisse la face antérieure et l'autre la face postérieure. La nappe tendue entre deux organes porte le nom d'épiploon, alors que le repli péritonéal qui va d'un viscère à la paroi est désigné sous le nom de méso.

NOTE: L'estomac compte trois (3) épiploons:

- Gastro-hépatique ou petit épiploon qui va de la petite courbure au foie
- Gastro-splénique qui va de la grosse tuberosité à la rate
- Gastro-colique ou grand épiploon qui forme le tablier

2- Tunique musculeuse: elle est formée de muscles lisses disposés sur trois couches composées de:

- fibres longitudinales
- fibres circulaires
- fibres entrecroisées

3- Tunique sous-muqueuse: ou celluleuse. Elle est très mince et conjonctive. Elle renferme les vaisseaux et les nerfs.

4- Tunique muqueuse: elle est très importante au point de vue physiologique. Elle est formée de deux couches: derme ou chorion et épithélium. Elle renferme plusieurs glandes et cellules secrétant le mucus. Elle comprend également les glandes:

- fundiques (forment HCL et la pepsine)
- pyloriques (situées près du pylore, elles secrètent le mucus).

5- Vascularisation:

- ARTERES

  Toutes les artères viennent du tronc caeliaque, ce sont:

  - artère coronaire stomachique
  - artère gastro-épiploïque gauche
  - artère gastro-épiploïque droite

- VEINES

  Elles se réunissent et vont se jeter dans la veine-porte

- NERFS

- Le vague ou pneumogastrique

- Le grand sympathique

C) RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DE L'ESTOMAC:

Métabolisme des aliments:

On entend par métabolisme des aliments, tous les changements subis par ces aliments dans l'organisme depuis leur ingestion jusqu'à leur élimination.

Phases du métabolisme:

1- Mastication

2- Insalivation

3- Déglutition

4- Digestion stomacale ou gastrique

- action mécanique
- action chimique

N.B.: *Lecture obligatoire dans Anatomie et physiologie, Hôtel Dieu de Montréal, pages 264-267.*

D) PATHOLOGIES:

1.0 CORPS ETRANGERS DANS LES VOIES GASTRO-INTESTINALES

1.1 Etiologie:

- On rencontre ces problèmes plus fréquemment chez les nourrissons (0-1 an).

Un enfant à la phase buccale de son développement éprouve un plaisir à tout porter à sa bouche.

- En suçant différents objets (aiguilles, épingles, cure-dents, épingles de sûreté ouverte...) il peut lui arriver de les avaler.

1.2 Traitement:

- Il n'y a pas de traitement spécifique, si par une gastroscopie on réussit à enlever le corps étranger.

- On peut suivre à l'aide de radiographies la progression de l'objet. S'il est stationnaire, le danger de perforation est plus grand, par contre s'il progresse lentement, le danger est peu probable.

- Intervention chirurgicale si la perforation devient évidente.

1.3 Soins infirmiers:

- Pas de diète spéciale, ni de laxatif

- L'infirmier (e) doit surveiller les signes de perforation (nausées, vomissements, sang dans les selles, rigidité et douleurs abdominales).

- Rechercher dans les selles le corps étranger (en faisant couler de l'eau courante à travers la couche contenant les selles).

2.0 INTOXICATION A L'ACIDE BORIQUE

2.1 Etiologie:

Utilisation de poudre ou d'onguent à base de cet acide.

2.2 Symptômes:

- Nausées

- Vomissements
- Douleurs abdominales
- Diarrhée
- Eruption cutanée suivie de desquamation
- Si l'intoxication est importante on peut noter des signes d'irritation méningée, des convulsions et même un coma
- La mortalité peut survenir dans 70% des cas

2.3 Traitement:

- Préventif: éducation des parents
- Curatif ou symptomatique: (exsanguino-transfusion et hémodialyse)

3.C VOMISSEMENT

3.1 Généralités:

- Avant d'étudier le vomissement, il est très important de comprendre les dangers de déshydratation et de perturbations de l'équilibre acide-base que peut produire le vomissement.
- Dans le volume *L'infirmière et l'enfant* par Marlow, David, Leclerc lis attentivement les pages 261 à 264. Par la suite, réponds aux questions suivantes:

Q. 1 *Pourquoi les déshydratations s'avèrent-elles plus sérieuses chez l'enfant que chez l'adulte?*

Q. 2 *Que veut dire le mot anhydre?*

Q. 3 *Comment est répartie l'eau dans le corps humain?*

Q. 4 *Où l'organisme puise-t-il l'eau dont il a besoin?*

Q. 5 *De quelles façons l'eau est-elle éliminée de l'organisme?*

Q. 6 *Quelles sont les circonstances qui accélèrent la déperdition d'eau dans l'organisme? Comment y remédier?*

Q. 7 *Si l'enfant n'absorbe pas suffisamment de liquide par rapport à la quantité qu'il a perdu, on dit alors qu'il se déshydrate. Quels signes sont révélateurs de tels troubles?*

Q. 8 Qu'entend-on par Milli-équivalent?

SODIUM (NA)

Q. 9-A Où se trouve la plus grande partie de sodium de l'organisme?

Q. 9-B De quelles façons est éliminé le sodium?

Q. 9-C Pourquoi l'équilibre sodique est-il si difficile à maintenir?

POTASSIUM (K)

Q. 10-A Où se trouve la plus grande partie de potassium de l'organisme?

Q. 11 Qu'entend-on par l'équilibre acide-base?

Q. 12 Qu'est-ce qui permet de maintenir l'équilibre acide-base?

Q. 13 Quelles raisons peuvent inciter le médecin à prescrire une thérapie liquidienne et électrolytique?

Viens à mon bureau (local L-107), j'ai des notes indispensables à te remettre pour ton étude.

3.2 Définition:

Acte par lequel le contenu de l'estomac est violemment rejeté par la bouche. Un vomissement occasionnel ne doit pas nous inquiéter, par contre, si les vomissements persistent, il vaut mieux consulter un médecin, car il faut toujours craindre la déshydratation et un déséquilibre électrolytique menant éventuellement à l'alcalose.

3.3 Etiologie (Planche XIV, page 58):

a) Troubles infectieux (des vomissements accompagnent souvent la quinte de toux dans la coqueluche)

b) Modes d'alimentation:
   1) suralimentation
   2) sous-alimentation
   3) tétines trop perçées
   4) nourriture inadéquate
   5) intolérance aux aliments

6) intolérance aux médicaments

7) troubles émotifs (rejet)

c) Causes physiologiques et mécaniques:

1) aérophagie

2) sténose pylorique hypertrophique

3) hernie diaphragmatique

d) Troubles émotifs:

- Spasmes de l'estomac (sans gravité si l'enfant prend du poids)

e) Maladies occlusives: (invagination, volvulus, hernie étranglée, mégacolon)

f) Maladie caeliaque

g) Septicémie

3.4 Traitements et soins infirmiers:

Il faut essayer de découvrir la cause du vomissement pour y apporter le traitement approprié. C'est en fait un traitement symptomatique que l'on applique par la suite et les soins spécifiques appropriés.

- Si le vomissement est causé par un trouble infectieux, il faut traiter la maladie, si l'on veut voir cesser le vomissement.

- S'il est causé par un mode d'alimentation:

a) Prendre l'enfant dans ses bras et le tourner sur le côté droit (à cause de l'anatomie de l'estomac).

b) Ou le coucher en position ventrale

c) Ou l'asseoir (surtout ne pas le bercer)

d) Attendre un bon moment avant de le nourrir à nouveau

e) Réchauffer l'enfant (afin de le calmer)

f) Espacer les repas ou donner plusieurs petits repas fractionnés

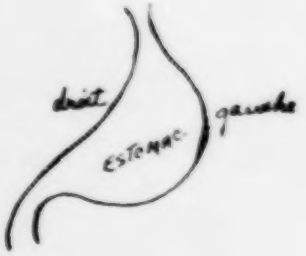
g) Changer la diète et consulter la diététicienne

h) Donner une nourriture plus épaisse (diminue la distension de l'estomac)

i) Ne pas trop percer les tétines

j) Faire changer la médication de l'enfant si nécessaire

k) Enlever de l'alimentation les aliments intolérés par l'enfant



- Hydrater l'enfant par voie parentérale, s'il ne peut rien tolérer par la bouche.

- Surveiller le poids de l'enfant de deux à trois fois/24 heures. Si l'enfant perd du poids, c'est que son état est grave et que la déshydratation le menace.

- Observer l'enfant et informer le médecin par la suite sur les observations notées:

  a) des moments

  b) de la fréquence

  c) de la consistance

  d) de la couleur

  e) des efforts (présence ou absence)

f) quantité restituée par rapport à la quantité ingérée

g) état émotif du bébé

h) état émotif de la personne qui le nourrit

i) courbe pondérale

j) état de fatigue du bébé après le vomissement

k) noter la diurèse

- Tâcher de sécuriser l'enfant - afin de le rassurer et de diminuer la tension nerveuse.

- Autant que possible ne jamais faire un traitement à l'enfant à l'heure des repas.

- Bons soins de la peau. On doit attacher une attention particulière aux plis du cou et à la région rétro-auriculaire. Débarasser la chambre des mauvaises odeurs.

- Parfois le médecin prescrit des médicaments sous forme de suppositoires (sparine, thérazine).

- On doit éviter de lui administrer des médicaments aux heures des repas.

- Si l'enfant demeure alité, on élève quand même sa tête et ses épaules si son état le permet.

- Lui permettre d'éructer fréquemment (passer des gaz).

- Favoriser le repos.

- Lorsqu'il vomit on doit tourner la tête sur le côté, afin de prévenir l'aspiration des vomissements.

Centre du vomissement
(bulbe)

Causes du vomissement
stimulation ↑

1- Psychiques
(peur, anxiété)

2- Maladies des yeux, cerveau

3- Maladies cérébrales

4- Maladies des oreilles ou
stimulation

5- Irritation locale par
poisons ou maladies:
pharynx, oesophage,
estomac, intestin
(appendice), vésicule
biliaire, utérus, coeur
ou une douleur de tout
autre organe

6- Médicaments: émétiques

7- Désordre métabolique :
troubles de la grossesse,
fatigue

Mécanisme du vomissement ↓

1- Vague

relâche → (oesophage, (cardia, (corps, estomac

contracte → (pylore

2- Nerfs rachidiens, contractent
les muscles abdominaux

3- Nerf phrénique, descend le
diaphragme qui comprime
l'abdomen

Résultats:

estomac est comprimé passivement et se vide de son contenu.

PLANCHE XIV — VOMISSEMENT (causes et mécanisme)

Extrait de ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE (schémas), HOTEL-DIEU DE MONTREAL, no 121.

NOTE: *Cette planche anatomique n'est qu'un complément à ton étude*

4.0 STENOSE DU PYLORE (Planche XV)

4.1 Définition:

Il s'agit de l'anomalie du tractus digestif, la plus commune chez le nourrisson (0 à 1 an). C'est une hypertrophie des fibres musculaires circulaires du pylore, provoquant la diminution de la lumière pylorique. Il s'agit d'une malformation congénitale.

4.2 Symptômes:

Les symptômes apparaissent vers la 2ème à la 4ème semaines après la naissance.

a) Vomissement pendant et après le repas, d'abord léger puis allant en s'intensifiant jusqu'à se produire en jet. Les matières vomies ne contiennent pas de bile, mais peuvent inclure du mucus, des aliments et parfois même du sang (signe de souffrance gastrique).

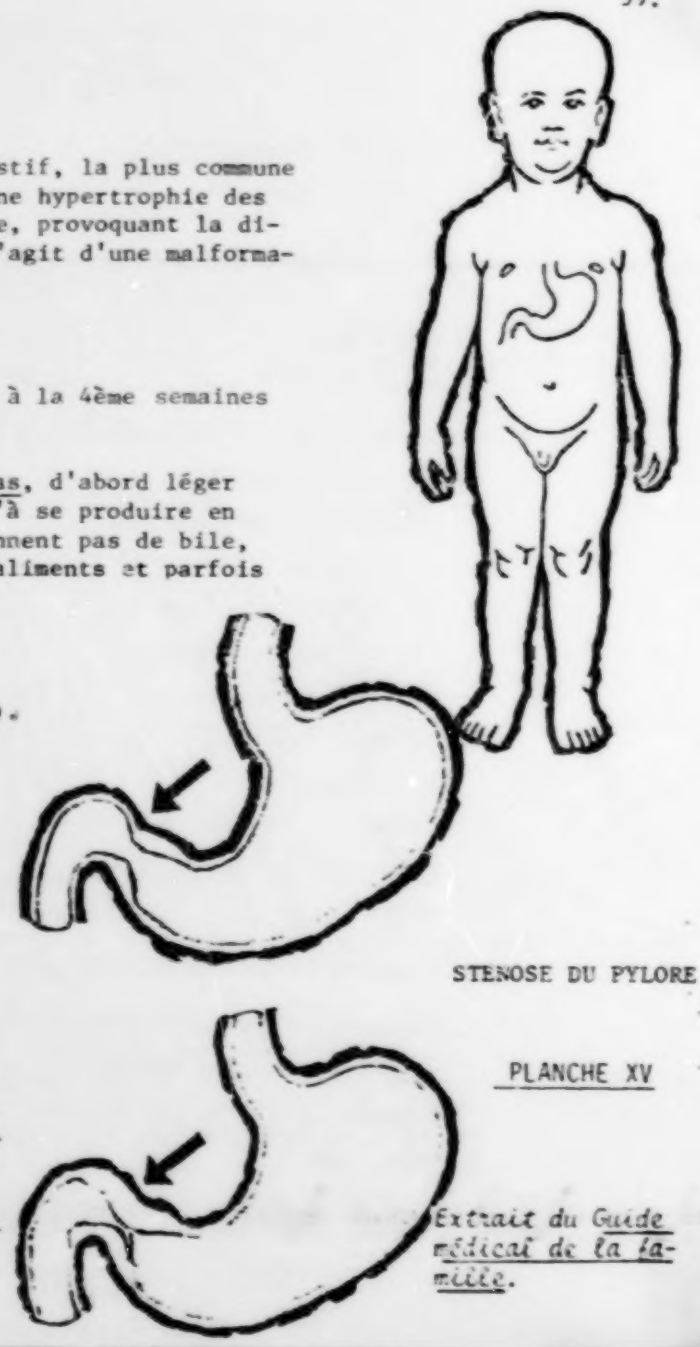
b) Faim excessive (l'enfant garde peu de nourriture et il a toujours faim). Il accepte un nouveau biberon immédiatement après avoir vomi et bien sûr le vomit de nouveau).

c) Le poids demeure stationnaire ou diminue (la peau de la face, du cou et des extrémités est plissée)

d) Constipation progressive (peu de nourriture traverse le pylore).

e) Urines peu abondantes.

f) Deshydratation (elle est causée par la perte d'électrolytes produite par le vomissement). L'épigastre est dilatée et pendant et après le repas on peut voir le contour de l'estomac dilaté à gauche et aussi la



STENOSE DU PYLORE

PLANCHE XV

Extrait du Guide médical de la famille.

présence d'une masse de la grosseur d'une olive, localisée par la palpation dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen. Une alcalose métabolique apparaît à la suite des pertes d'Hcl.

4.3 Moyens de diagnostic:

- Repas baryté (on peut observer l'élargissement de l'estomac, le rétrécissement et l'allongement du pylore, l'augmentation des ondes péristalliques et une rétention anormale du baryum dans l'estomac. Et une radiographie prise plusieurs heures après le repas montre que l'estomac ne s'est que partiellement vidé).

- Analyse d'urine (urine concentrée, alcaline)

- Hémoglobinémie (augmentée)

- Hématocrite (élevée)

> hémoconcentration

4.4 Traitement médical:

Le traitement médical est rarement conseillé, car il s'avère presque toujours un échec. Ce traitement est rarement prolongé.

a) Epaississement des repas: un repas solide est mécaniquement plus difficile à vomir qu'un repas liquide. On peut utiliser de la farine d'orge ou des céréales précuites. Ré-alimentation après le vomissement. Ce genre de repas est rapide et facile à digérer.

b) Lavage d'estomac pour prévenir la distension.

c) Médications: on administre des antispasmodiques (atropine) afin de relâcher les muscles lisses du pylore. Ces médicaments s'administrent 15 à 20 minutes avant le repas afin de distendre le pylore. On augmente la dose d'atropine jusqu'à ce que les vomissements arrêtent, on la diminue par la suite. On doit surveiller les signes d'intolérance (pupilles dilatées, une élévation de la température, rougeur de la face) et avertir immédiatement le médecin. On administre parfois comme sédatif du phénobarbital - si l'enfant est hyperactif.

4.5 Traitement chirurgical:

On pratique une pylorotomie (Fradet-Ramstedt). Elle implique une incision longitudinale du muscle circulaire hypertrophié, sans toucher la membrane muqueuse du pylore.

- Traitements pré-opératoires:

  1- Maintenir l'équilibre hydro-électrolytique.

  2- Administrer des transfusions sanguines si nécessaires.

  3- Administrer également des vitamines B, C et K. La vitamine K est utilisée dans la synthèse de la prothrombine par le foie; la vitamine C, stimule la prolifération des capillaires et enfin la vitamine B facilite l'utilisation du glucose.

  4- Installer une sonde naso-gastrique, qui permet de laver l'estomac et enlever l'air accumulé. Cela facilite l'intervention et réduit l'incidence des vomissements en post-opératoires.

- Soins infirmiers pré-opératoires:

  1- Assister le médecin dans l'examen de l'enfant.

  2- Préparer les boires: - céréales précuites et épaissies.

  - lait acidifié (le lait caillé présente un caillot plus mou et plus fin, donc plus digestible).

  3- Alimenter l'enfant: - lentement

  - le faire éructer

  - le bouger le moins possible après son boire.

  - le placer sur le côté droit, la tête légèrement élevée.

  - noter au dossier (quantité prise, qualité de l'appétit, s'il pleure avant ou après le vomissement).

4- Laver l'estomac à raison de 1 à 2 fois par jour avant le boire, pour nettoyer l'estomac de ce qui reste du boire précédent.

5- Surveiller les effets secondaires des médicaments.

6- Peser l'enfant chaque jour, au même moment, sur la même balance et dans les mêmes conditions. Le poids renseigne sur le degré de déshydratation et de malnutrition.

7- Protéger l'enfant contre le danger d'infection.

8- Changer fréquemment le bébé de position, afin de prévenir une pneumonie hypostatique. L'aider à conserver sa chaleur en utilisant des couvertures ou en le plaçant dans un incubateur.

9- Doser les ingesta et les excréta.

10- Surveiller la courbe thermique.

11- Comme soins infirmiers pré-opératoires immédiats, on doit donner un bain ou deux au phisohex, un nettoyage des fosses nasales et enfin l'administration de la prémédication.

- Soins post-opératoires:

1- Contrôler l'hydratation durant les premiers jours.

2- Coucher l'enfant sur le côté droit ou sur l'abdomen. Ces positions aident à la digestion des liquides et préviennent l'aspiration des sécrétions.

3- Aspirer les sécrétions gastriques dans les premières 24 heures afin de prévenir la distension et les vomissements. Par la suite, on place l'enfant en position demi-assise.

4- Changer l'enfant fréquemment de position, évitant toutefois de le fatiguer.

5- Surveiller les signes de choc:

- pouls rapide et faible

- peau froide et moite

- pâleur et agitation

Si de tels signes se manifestent, il faut:

- placer l'enfant en position declive (pied plus élevé que la tête)

- réchauffer l'enfant

- avertir le médecin

6- Surveiller les signes de distension abdominale.

7- Alimenter l'enfant dans les 4 à 6 heures qui suivent l'intervention, mais en respectant la [illegible] médicale:

- Le régime de Down est souvent [illegible].

- On lui donne de l'eau glucosée, en petites quantités afin de surveiller la tolérance.

- Graduellement, on substitue l'eau à une solution diluée de lait écrémé. Si des vomissements se produisent, ralentir l'alimentation.

- On doit donner le biberon et le sein le plus tôt possible après l'opération, soit 3 à 4 jours, afin de satisfaire le besoin de succion.

- Prévenir l'infection de la plaie en la protégeant du contact de la couche souillée.

4.6 Pronostic:

Excellent, si le traitement est institué à temps.

5.0 SPASMES DU PYLORE

Aucune lésion anatomique du pylore. Se produisant chez les enfants agités, nerveux. Le genre de vomissement est sensiblement le même qu'au cours de la sténose.

1- L'alimentation est la même que dans la sténose.

2- L'administration d'antispasmodiques et de sédatifs est [illegible].

- Ancatropine
- Phénobarbital

E) EXERCICE

QUI SUIS-JE?

Q. 1 *Je préviens l'auto-digestion de l'estomac* ( )

Q. 2 *Je suis le produit final de transformation des aliments dans l'estomac* ( )

Q. 3 *Je suis un antispasmodique fréquemment prescrit dans la sténose du pylore.* ( )

Q. 4 *Quel est le caractère du vomissement dans la sténose du pylore?*

Q. 5 *Quel genre de diète prescrit-on dans une sténose pylorique? Quels sont ses avantages?*

Q. 6 *Quelle est la position recommandée pour l'enfant qui a subit une pylorotomie?*

Q. 7-A *Si vous notez chez un enfant un pouls faible et rapide, une peau froide et moite, une pâleur et de l'agitation, vous savez que l'enfant est...*

Q. 7-B *Que devez-vous faire alors?*

ETAPE IV: PATHOLOGIES

III PATHOLOGIES DE PAROIS:

1- HERNIE INGUINALE

2- HERNIE OMBILICALE

3- HERNIE SCROTALE

HERNIE SCROTALE

PLANCHE XVI

A) OBJECTIF DE COMPORTEMENT:

1- Comparer en système digestif les hernies inguinales, ombilicales et scrotales: définir le trouble, expliquer l'installation du trouble, énumérer au moins trois (3) symptômes pour chacun, résumer le traitement et identifier le rôle de l'infirmier (e)

B) CONTENU:

- LES HERNIES -

Définition générale:

Masse circonscrite formée par un organe ou une partie d'organe (le plus souvent l'intestin) sorti de la cavité qui le contient normalement par un orifice naturel ou accidentel. On en reconnaît trois types:

1.0 HERNIE INGUINALE

a) DEFINITION:

C'est une fermeture incomplète du processus de la tunique vaginale au niveau de l'orifice inguinal interne. Ainsi, une onde intestinale descend dans le canal inguinal. Elle peut être unilatérale ou bilatérale.

b) INCIDENCE:

Atteint surtout les garçons. 50% des cas surviennent au cours des six premiers mois de vie. Elle est plus rare après l'âge de deux ans.

c) SYMPTOMATOLOGIE:

1- Irritabilité et coliques (l'intensité des douleurs dépend de la tension à laquelle est soumis le sac herniaire)

2- Vomissements

2.0 HERNIE OMBILICALE (planche XVII)

a) DEFINITION:

C'est une fermeture imparfaite ou une faiblesse de l'anneau ombilical. Elle se produit à l'ombilic ou légèrement au-dessous.

b) INCIDENCE:

Plus commune chez les enfants de race noire.

c) SYMPTOMATOLOGIE:

1- Oedème de l'ombilic (protubérance quand l'enfant pleure ou est tendu)

2- Se réduit facilement par une douce pression.

3.0 HERNIE SCROTALE (planche XVI)

a) DEFINITION:

C'est une fermeture incomplète du processus de la tunique vaginale au niveau de l'orifice inguinal interne ainsi une onde intestinale descend dans le scrotum.

b) INCIDENCE:

Idem à la hernie inguinale.

c) SYMPTOMATOLOGIE:

Idem à la hernie inguinale, sauf que la masse herniaire est située dans le scrotum.

HERNIE INGUINALE

3- *Constipation et anorexie*

4- *Distension abdominale*

5- *Présence d'une masse dans la région inguinale*

d) TRAITEMENTS:

MEDICAL

Réduction de la hernie

1- *Par la sédation*

2- *Par la position Trendelenburg*

3- *Par l'application d'un sac de glace sur les régions inguinale ou scrotale*

4- *Port d'une bande herniaire*

HERNIE OMBILICALE

3- *Le sac herniaire contient le petit intestin et l'épiploon.*

d) TRAITEMENTS:

MEDICAL

La plupart de ces hernies disparaissent sans traitement (petite masse). Les plus gros nécessitent une intervention vers l'âge scolaire

Certains médecins conseillent le port d'une bande abdominale

HERNIE SCROTALE

d) TRAITEMENTS:

MEDICAL

Idem à celui de la hernie inguinale

Hernie ombilicale

PLANCHE XVII

HERNIE INGUINALE	HERNIE OMBILICALE	HERNIE SCROTALE
CHIRURGICAL	CHIRURGICAL	CHIRURGICAL
Réduction de la hernie	*Il est rare que l'on tente une correction chirurgicale. On tend à corriger les hernies ombilicales par mesure prophylactique, de façon à prévenir l'incarcération tardive ou les complications sérieuses.*	*Idem à la hernie inguinale*
1- Incision oblique classique ou transversale dans le pli intercrural ou inguinal *2- l'opération consiste à enlever le sac herniaire et bien fermer l'anneau interne du canal inguinal*		

NOTE: Une hernie peut régresser spontanément et ne plus récidiver, mais c'est plutôt rare.

e) COMPLICATIONS:	e) COMPLICATIONS	e) COMPLICATIONS:
1- HERNIE ETRANGLEE, c'est-à-dire une hernie irréductible (formation d'adhérences entre le sac herniaire et son contenu) s'accompagnant d'une entrave à la circulation sanguine et d'un arrêt du cours des	*1- Idem*	*1- Idem*

HERNIE INGUINALE	HERNIE OMBILICALE	HERNIE SCROTALE
matières fécales dans la portion intestinale herniée (nécessite une intervention chirurgicale urgente).		
2- PERITONITE: *lorsqu'il y a rupture du sac herniaire et pénétration par le fait même du liquide péritonéal dans le sac. Ou encore elle peut être causée par la perforation d'une zone nécrosée de l'anse intestinale.*	2- *Idem*	2- *Idem*
3- BRONCHO-PNEUMONIE: *due à une aspiration bronchique pendant ou après l'intervention.*	3- *Idem*	3- *Idem*
4- RECIDIVE DE LA HERNIE	4- *Idem*	4- *Idem*
e) SOINS INFIRMIERS (pré-opératoires).	e) SOINS INFIRMIERS (pré-opératoires):	e) SOINS INFIRMIERS (pré-opératoires):
1- *Avant l'intervention on essaie de ne pas trop faire pleurer l'enfant afin de ne pas augmenter la pression intra-abdominale*	1- *Idem si l'enfant est opéré*	1- *Idem*

HERNIE INGUINALE	HERNIE OMBILICALE	HERNIE SCROTALE
2- *Prévenir également la constipation*	2- *Idem*	2- *Idem*
3- *Garder l'enfant à jeûn depuis minuit. S'il s'agit d'un jeune bébé, une telle ℞ peut conduire à la deshydratation. Ceci explique que certains anesthésistes permettent l'hydratation du nourrisson jusqu'à quatre heures avant l'intervention.*	3- *Idem*	3- *Idem*
SOINS INFIRMIERS (post-opératoires):	**SOINS INFIRMIERS** (post-opératoires):	**SOINS INFIRMIERS** (post-opératoires):
1- *Prévenir la contamination du pansement*	1- *Idem*	1- *Idem*
2- *Continuer à administrer une diète normale et à encourager les activités quotidiennes sans aucune restriction. Cependant, si une résection intestinale est pratiquée, il faut suivre les ℞ médicales au sujet de la diète et des activités*	2- *Idem*	2- *Idem*

ETAPE IV PATHOLOGIES

IV PATHOLOGIES DES INTESTINS

1.0 DIARRHEE (gastro-entérite aigue)

2.0 SALMONELLOSE

3.0 INVAGINATION INTESTINALE

4.0 MEGACOLON

5.0 PROLAPSUS ET PROCIDENCE DU RECTUM ET DU SIGMOIDE

6.0 PARASITOSES

7.0 APPENDICITE

8.0 PERITONITE

9.0 DIVERTICULE DE MECKEL

A) OBJECTIFS DE COMPORTEMENT:

1- Etablir la différence entre l'intestin grêle et le colon en comparant leur structure et en justifiant leur rôle dans la fonction digestive.

2- Démontrer l'utilité du péritoine.

3- Elaborer le plan de soins d'un enfant atteint de diarrhée en énumérant les symptômes rencontrés, en reconnaissant au moins trois (3) causes, et en expliquant le rôle de l'infirmier (e) concernant la prévention et les soins à prodiguer à l'enfant en rapport bien sûr avec les symptômes notés.

4- Résumer concrètement la salmonellose afin de pouvoir l'expliquer facilement à une compagne.

5- Définir en système digestif l'invagination, le megacolon, le prolapsus et la procidence-

ce du rectum et du sigmoide, en expliquer le processus physio-pathologique, en énumérer la principale cause, les trois symptômes spécifiques, résumer le traitement et comparer les soins infirmiers de chacune de ces maladies.

6- Enumérer les variétés de parasitoses, les définir, expliquer la physiophathologie, le mode de reproduction du parasite et identifier les soins infirmiers.

7- Décriver fidèlement l'état d'un enfant en crise appendiculaire depuis son entrée à l'hôpital, jusqu'à son congé hospitalier après une appendicectomie suivie d'une péritonite et expliquer le rôle de l'infirmier (e) qui doit procurer à l'enfant tous les soins nécessaires.

8- Définir diverticule de Meckel et péritonite et en expliquer le processus physiologique.

B) RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE:

1.1 L'INTESTIN GRÊLE:

a) Définition:

Viscère, à la fois digestif et absorbant qui mesure environ 20 à 21 pieds; l'une de ses extrémités communique avec l'estomac par le pylore et son autre extrémité est rattachée au gros intestin par la valvule iléo-caecale. Situé dans la cavité abdominale au-dessous du foie, de l'estomac et de la rate, l'intestin grêle replié sur lui-même en de nombreuses circonvolutions est maintenu par un vaste repli péritonéal *"le mésentère"*.

b) Rapports: (Planche XVIII, page 75)

Du côté gastrique il est limité par la valvule pylorique.

Du côté intestinal il est limité par la valvule iléo-coacale.

Du côté hépatique il est limité par le canal cholédoque.

Du côté pancréatique il est limité par les canaux de Wirsung et de Santorini

c) Divisions:

L'intestin grêle comprend trois (3) sections:

1- LE DUODENUM:

C'est un segment fixe de l'intestin grêle qui est rétro-péritonial. On l'appelle aussi le carrefour digestif, car c'est dans cette portion que s'abouchent le canal choledoque, le canal pancréatique. A ce niveau on retrouve aussi le canal de Wirsung, l'ampoule de Vater, le canal de Santorini.

2- LE JEJUNUM ET L'ILEON:

Ils forment la portion flottante de l'intestin grêle. Ils décrivent une série d'anses et de replis portant le nom de circonvolutions intestinales.

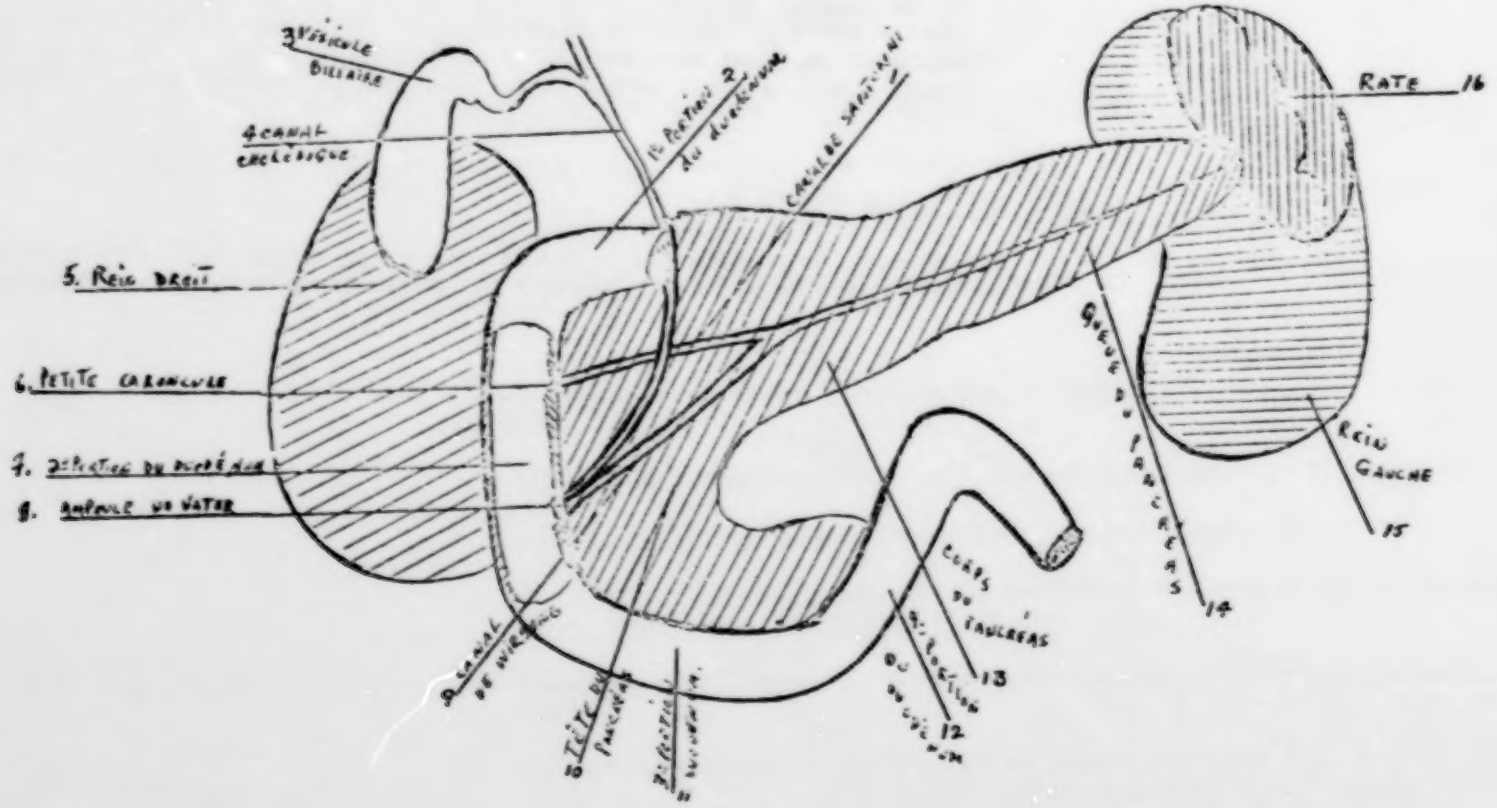


PLANCHE XVIII

LES RAPPORTS DU DUODENUM

d) Structure: (Planche XIX, page 77)

La constitution anatomique de l'intestin offre un très grand intérêt. C'est au niveau de la muqueuse que se passe le dernier acte de la digestion et l'absorption toute entière.

IL COMPREND QUATRE (4) TUNIQUES:

1- Une séreuse ou tunique péritonéale qui est très mince.

2- Une musculeuse comprenant deux couches.

3- Une sous-muqueuse ou celluleuse formée de tissu conjonctif.

4- Une muqueuse qui est constituée d'un chorion et recouverte d'une épithélium spécial.

La plus importante de ces tuniques est la MUQUEUSE et elle est contituée des éléments suivants:

a) Valvules conniventes (800 à 900) (replis permanents de la muqueuse)

b) Villosités intestinales (formes coniques ou cylindriques)

c) Follicules clos ou corpuscules lymphatiques en forme de masses arrondies, elles constituent les plaques de Peyer.

d) Cellules cylindriques et caliciformes chargées de sécréter le mucus intestinal.

e) Glandes de l'intestin:
- glandes de Brunner (en grappes) sécrétion alcaline détruisant l'acidité du suc gastrique. Elles fournissent le suc intestinal.
- glances de Lieberkuhn (en tubes fournissant le suc intestinal)

NOTE: Avant de se terminer dans le caecum, l'intestin grêle présente parfois (environ 2 fois sur 100) un petit diverticule en cul-de-sac, le diverticule de Meckel (vestige du canal omphalo-mésentérique de l'embryon).

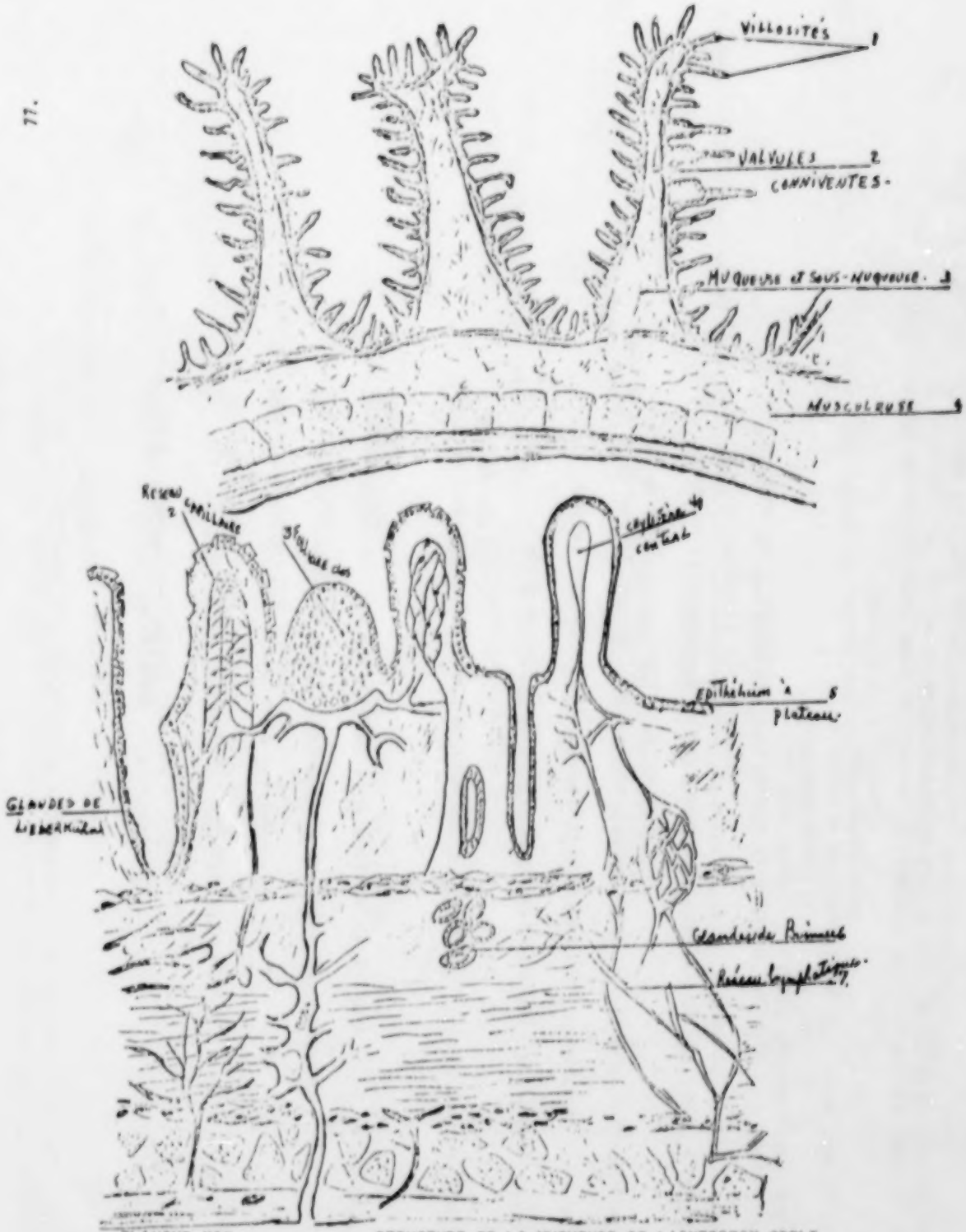


PLANCHE XIX STRUCTURE DE LA MUQUEUSE DE L'INTESTIN GRELE

Extrait de: ANATOMIE et PHYSIOLOGIE (schémas), Hôtel-Dieu de Montréal, p. 124

e) Vaisseaux et nerfs:

1- Artère mésentérique supérieure.

2- Veines qui se réunissent pour former la grande mésaraïque.

3- Les vaisseaux lymphatiques que l'on appelle vaisseaux chylifères: on rencontre aussi des ganglions lympathiques.

4- Citerne de Pecquet qui origine du canal thoracique et permet de déverser le chyle dans la veine sous-clavière gauche.

5- Les nerfs sont fournis par le plexus solaire composé du grand sympathique et du pneumogastrique.

f) Absorption digestive:

1- Définition:

C'est le passage des produits utilisables de la digestion, à travers l'épithélium de l'intestin grêle jusque dans le sang et la lymphe.

2- Sites d'absorption:

L'absorption digestive se produit à tous les niveaux du tube digestif, mais son lieu d'élection est surtout l'intestin grêle.

a) bouche et oesophage:

A ce niveau, les aliments ne sont pas sous une forme chimique absorbable et leur passage est trop rapide pour permettre l'absorption.

b) l'estomac:

Il absorbe peu ou pas de substances organiques. L'alcool est facilement absorbée à ce niveau.

c) intestin grêle:

A cause de ses villosités, il absorbe facilement les aliments.

d) gros intestin:

A ce niveau, les aliments ont été absorbés en totalité. Il ne reste que très peu de substances utilisables.

3- Voies d'absorption:

- Voie sanguine: eau, sels, acides aminés, monosaccarides, un peu d'acide gras et de glycérol.

- Voie lymphatique: graisses neutres, un peu d'eau et de sels.

NOTE: Lecture obligatoire: *ANATOMIE et PHYSIOLOGIE, Hôtel-Dieu de Montréal, pages 299 à 322.*

1.2 GROS INTESTIN:

a) Définition:

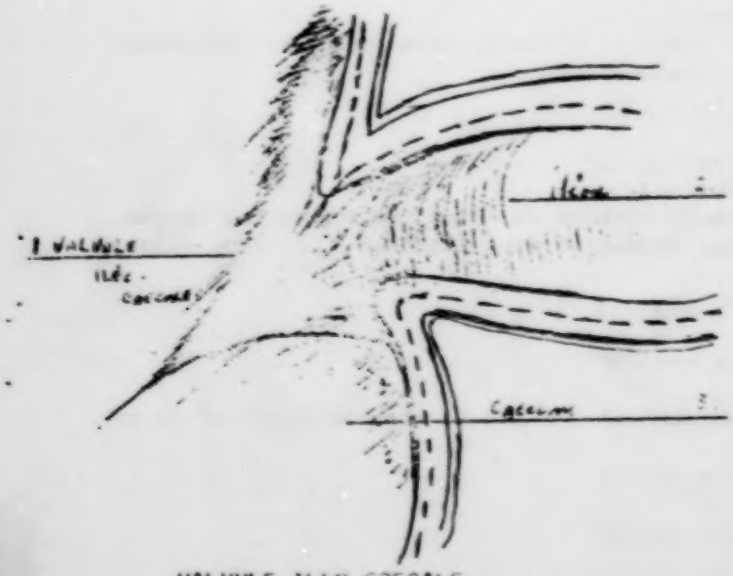
C'est un viscère qui fait suite à l'intestin grêle et qui affecte la forme d'un "u" renversé. Ses nombreux segments naissent de la fosse iliaque droite et s'étendent sur une longueur de 5 pieds.

b) Parties:

Il se divise en 7 parties (Planche XX, page 80)

- Caecum
- Côlon ascendant
- Côlon transverse
- Côlon descendant
- Sigmoïde

- Rectum
- Anus



VALVULE ILIO-COECALE

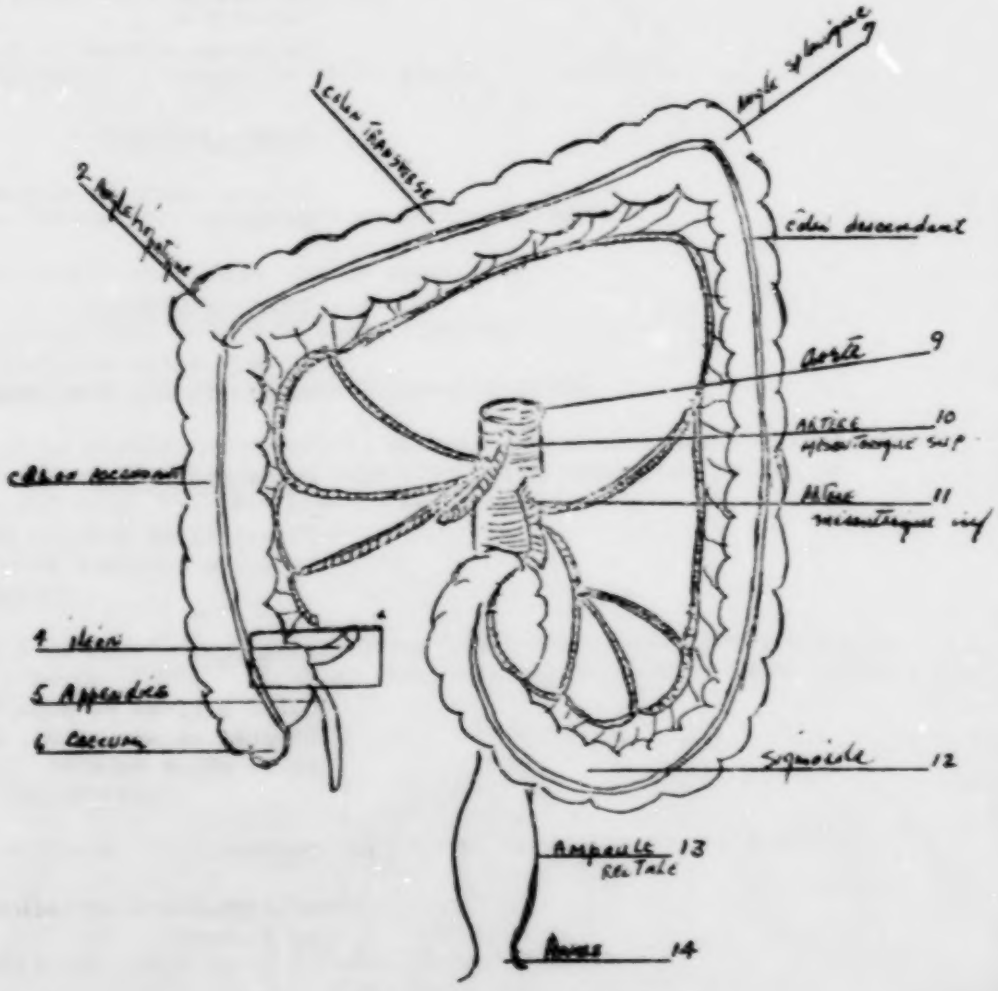


PLANCHE XX

GROS INTESTIN

1- CAECUM:

Il est situé dans la fosse iliaque droite. On rencontre à ce niveau la valvule iléo-caecale (réunion de la terminaison de l'iléon et du caecum), qui empêche les matières fécales du gros intestin de retourner dans l'intestin grêle.

On retrouve aussi à ce niveau l'appendice.

2- COLON ASCENDANT:

Il fait suite au caecum. Il est vertical et occupe la fosse iliaque droite.

3- COLON TRANSVERSE:

Il fait suite au colon ascendant et se prolonge jusqu'au côlon descendant. Il est transversal.

4- COLON DESCENDANT:

Il est situé dans le flanc gauche. Il fait suite au côlon transverse et il se continue avec le sigmoïde.

5- SIGMOIDE:

Cette portion du gros intestin s'étend du côlon descendant au rectum. D'après sa situation, on lui reconnaît deux parties: le côlon iliaque et le côlon pelvien.

6- RECTUM:

Le sigmoïde se dilate en une ampoule, c'est le segment terminal du tube digestif.

7- ANUS:

Orifice qui s'ouvre à l'extérieur et il est entouré de deux sphincters.

c) Rapports:

Le côlon ascendant: est en rapport avec le rein droit.

Le côlon transverse: se situe au-dessous du foie, de l'estomac et de la rate; en avant du rein droit, du pancréas et du duodénum.

Le côlon descendant: occupe le flanc gauche.

d) Structure:

Le côlon et le caecum sont constitués de quatre tuniques:

1- Séreuse (externe) représentée par le péritoine.

2- Musculeuse constituée de fibres longitudinales et circulaires.

3- Sous-muqueuse semblable à celle de l'intestin grêle.

4- Muqueuse qui ne possède ni valvules, ni villosités, mais des follicules clos abondants et des glandes en tube plus volumineuses que celles de l'intestin grêle, ce sont des glandes de Lieberkuhn.

e) Moyens de fixation:

Il est retenu à la paroi abdominale par des liens courts qui sont des replis du péritoine appelés MESO. Exemple: méso-caecum, méso-colon transverse, etc...

f) Irrigation et innervation:

Artères mésentériques supérieure et inférieure irriguent tout l'intestin.

Artères hémorroïdales irriguent l'anus.

Veines mésentériques contribuent à former la veine porte.

Veines hémorroïdales constituent les veines de l'anus.

g) Rôles généraux du côlon:

1- Elimination

2- Expulsion des matières fécales

1.3 PERITOINE:

a) Définition:

C'est une membrane séreuse qui enveloppe complètement ou en partie les différents viscères contenus dans la cavité abdomino-pelvienne.

b) Description: (Planche XXI)

Il comprend, comme toutes les séreuses, deux (2) feuillets:

- feuillet pariétal qui est accolé à la paroi abdominale
- feuillet viscéral qui enveloppe les organes digestifs.

Entre ces deux feuilles, se trouve la cavité péritonéale.

c) Appellations du péritoine (p.XXIII)

1- Méso:

replis péritonéaux qui relient les viscères à la paroi, tels:
Mésentère: relie l'intestin grêle à la paroi abdominale.
Mésocôlon: relie le côlon transverse et le sigmoïde à la paroi abdominale.

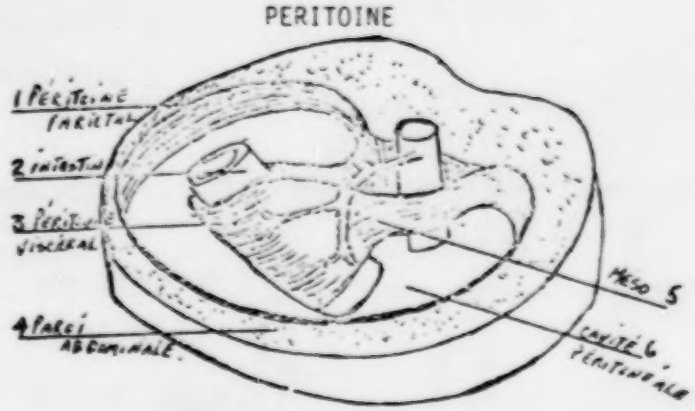


PLANCHE XXI a) Disposition générale

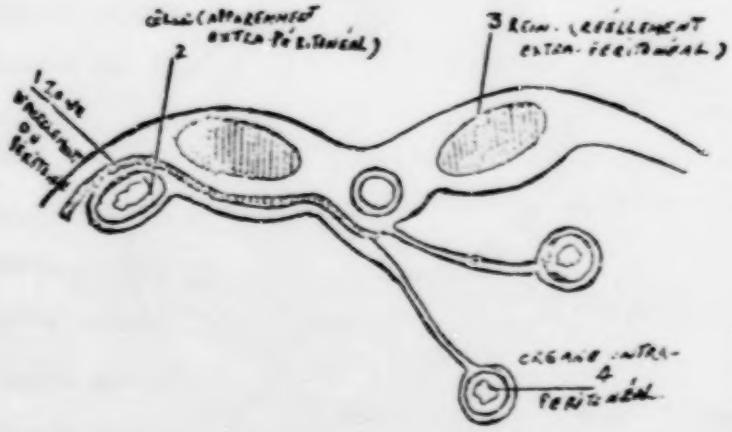


PLANCHE XXII b) Zone d'accolement

2- Ligament suspenseur:

repli péritonéal qui relie un organe autre que le tube digestif à la paroi. Exemple: le ligament suspenseur qui relie le foie à la paroi diaphragmatique.

3- Epiploons:

replis du péritoine qui relient deux organes entre eux= petit épiploon relie le foie à l'estomac et le grand épiploon relie l'estomac au côlon transverse.

d) Disposition générale du péritoine (p. XXII)

Il est intra-péritonéal s'il est libre dans la grande cavité, tapissé par le péritoine sur ses deux faces et rattaché à la paroi par un méso.

Organe extra-péritonéal

Il est apparemment extra-péritonéal, lorsqu'il est appliqué contre la paroi par l'accolement de son méso, il semble exclu de la grande cavité.

Organe extra-péritonéal (réellement)

Il est réellement extra-péritonéal, lorsque le péritoine pariétal recouvre sa face antérieure.

NOTE: Aucun organe (sauf partiellement l'ovaire) n'est situé dans la cavité péritonéale sans être séparé de celle-ci par un feuillet viscéral.

e) Moyens de fixation:

1- Pour l'estomac:

PERITOINE

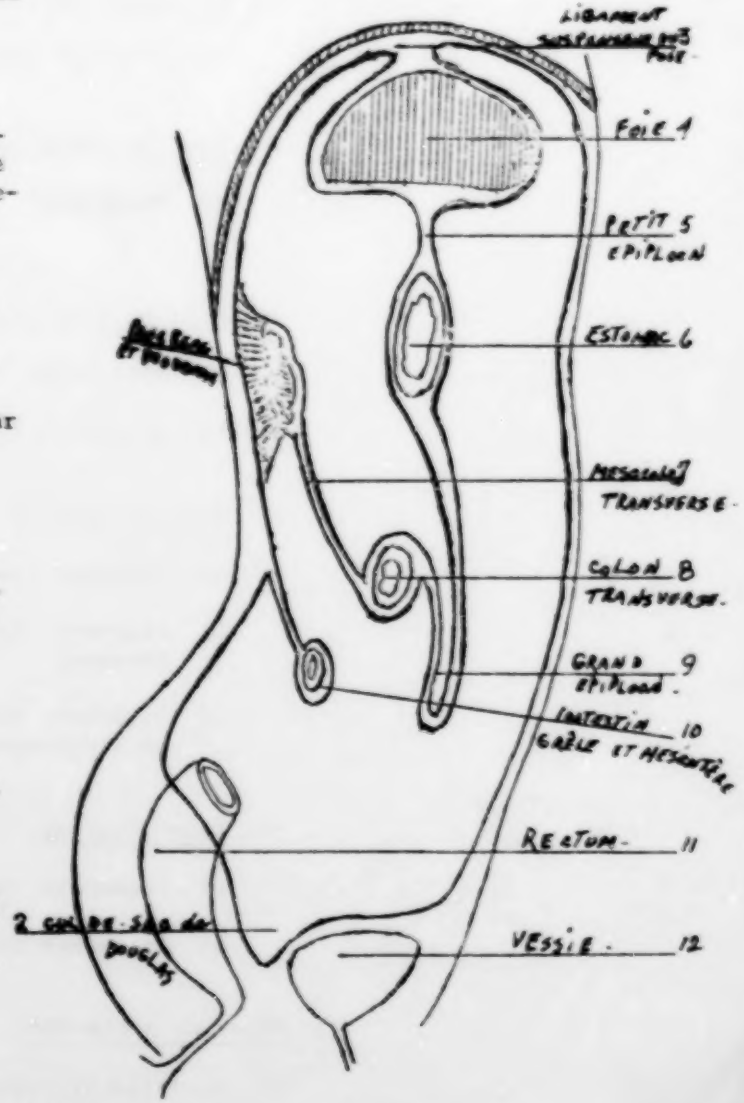


PLANCHE XXIII

COUPE VERTICALE
Antéro-postérieure

a) petit épiploon (foie)

o) grand épiploon (côlon transverse, anses intestinales grêles)

c) épiploon gastro-splenique (rate)

2- Pour le petit intestin:

a) Mésentère: fixe le petit intestin à la paroi postérieure de la cavité abdominale

3- Pour le gros intestin:

a) Mésocaecum (fosse iliaque)

b) Mésocôlon (fixe le côlon à la paroi abdominale postérieure)

4- Pour le foie:

a) ligament suspenseur et ligament rond (de l'ombilic au bord antérieur du foie)

b) ligament coronaire (du bord postérieur du foie à la face inférieure du diaphragme)

c) ligaments antérieurs (adhérent par un de leur côté au foie et par un autre au diaphragme)

5- Pour l'utérus:

a) ligaments ronds

b) ligaments larges

f) Rôles du péritoine:

1- Facilite et limite les mouvements des organes abdominaux

2- Protège la cavité abdominale de l'infection

3- Fixe par ses replis les viscères abdominaux à la paroi

4- Fournit ses vaisseaux nourriciers

C) TEST DE REVISION:

1- ENCERCLER LES BONNES REPONSES:

a) Nous sommes les trois parties de l'intestin grêle:

1- Duodénum

2- Ischion

3- Jéjunum

4- Iléon

b) Nous sécrétons le suc intestinal:

1- Les glandes de Peyer

2- Les glandes de Licherkuhn

3- Les glandes de Brunner

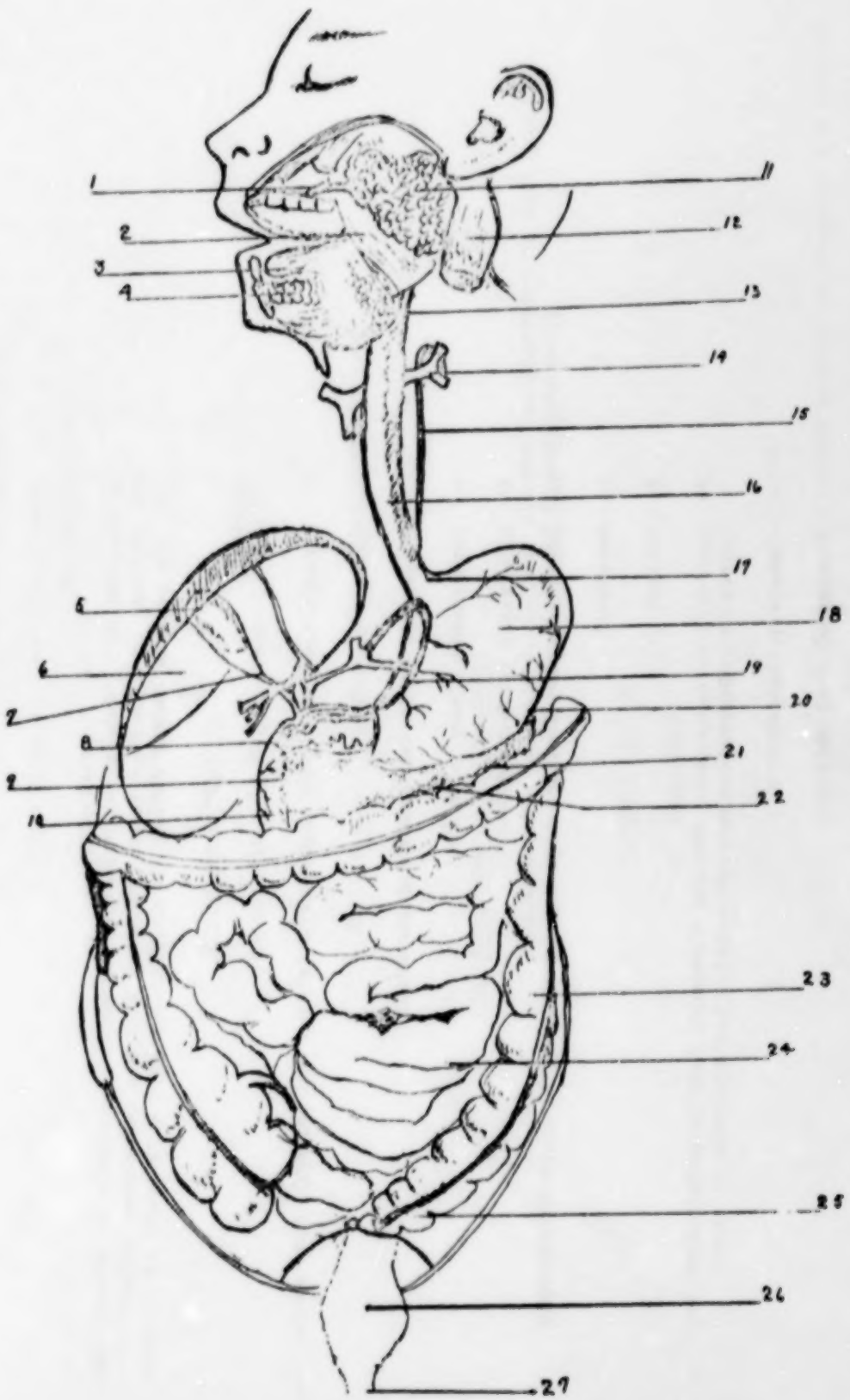
2- ON DONNE PLUSIEURS APPELLATIONS AU PERITOINE:

1- Lorsqu'il relie l'intestin grêle à la paroi abdominale il se nomme: ( )

2- Lorsqu'il relie le côlon transverse et le sigmoide à la paroi abdominale on l'appelle: ( )

3- Lorsqu'il relie deux organes entre eux on l'appelle: ( )

3- IDENTIFIER LES ELEMENTS NUMEROTES DE LA PLANCHE ANATOMIQUE, PAGE 88.



SYSTEME DIGESTIF

D) PATHOLOGIES DES INTESTINS:

1.0 DIARRHEE (gastro-entérite aigue)

1.1 Définition

La diarrhée est l'évacuation soudaine, fréquente, abondante et désordonnée des matières fécales sous forme liquide. S'il y a des signes prémonitoires, ils sont de courte durée. Toute diarrhée doit être prise au sérieux.

1.2 Etiologie:

1- Erreurs dans le régime alimentaire (régime non balancé, trop sucré, etc.)

2- Sevrage brusque

3- Variations de la température environnante

4- Changements d'eau et de lait

5- Allergie à certains aliments

6- Administration d'antibiotiques qui modifient la flore intestinale

7- Nervosité

8- Fatigue

9- Diarrhées microbiennes: (manque d'asepsie dans la préparation des boires et conservation non adéquate). Les microbes en cause:

- Escherichia coli
- Salmonella et shigella
- Staphylocoques
- Enterocoques

10- Diarrhées virales: ce sont les plus fréquentes

11- Diarrhées par infections parentérales:

- Infections du rhino-pharynx
- Infections de l'oreille moyenne
- Infections urinaires

1.3 Moyens de diagnostic:

Le médecin pose son diagnostic d'après:

- L'histoire clinique
- Culture et antibiogramme des selles (coproculture)
- Analyses de labo suivantes: (Pco2 - HB - PH - NA - Cl - K)

1.4 Symptômes et traitements:

Indépendamment des causes, on peut classer les diarrhées en deux grandes catégories: *la diarrhée légère et la diarrhée grave.*

1.4.1 DIARRHEE LEGERE:

a) Symptômes:

- Vomissement parfois
- Irritabilité et sommeil agité
- Selles (molles et puis liquides pouvant se produire 5 à 10/jour)
- Légère acidose et déshydratation (perd jusqu'à 10% du poids total)
- Hyperthermie légère

b) Traitements:

1- Suspendre le régime alimentaire et donner:

- Eau de riz
- Eau minérale
- Bouillon de légumes salés
- Ginger-Ale salé
- Seven-up
- Pédialyte (moitié pédialyte et Seven-up)
- Solutés physiologiques

2- Donner de l'eau en abondance:

Afin de prévenir la déshydratation, en remplaçant immédiatement les liquides et les électrolytes perdus.

3- Donner du riz (comme solide):

Il faut faire preuve de patience et de persévérance

4- Recommencer à nourrir l'enfant:

4 à 5 heures après que l'enfant a commencé a garder les liquides. On lui donne des purées de carottes bouillies salées, purées de bananes et de pommes.

5- Soigner le siège:

en utilisant de l'eau sans savon. Bien assécher le siège et appliquer un corps gras (vaséline, zincofax).

1.4.2 DIARRHEE GRAVE:

a) Symptômes:

Les symptômes suivants s'installent progressivement:

- hyperthermie s'élevant graduellement
- vomissements éventuels
- anorexie
- coliques
- selles verdâtres, muco-sanguinolentes, expulsées avec force. La quantité varie de 2 à 20 par jour.
- très irritable, même parfois en état de stupeur
- convulsions
- peau sèche avec persistance du pli-cutané (ventre, cuisses, dos)
- pouls rapide et faible
- faciès de petit vieux
  - yeux enfoncés, cernés, fixes ou plafonnants
  - fontanelle déprimée, teint gris cendré
  - cyanose aux commissures labiales
  - regard anxieux
- mictions: rares et foncées. La perte en liquide peut atteindre 25% du poids total.

Les symptômes énumérés ci-après s'installent rapidement:

1- température allant de 104° F à 106° F

2- Prostration extrême

3- vomissements

4- irritabilité, agitation, convulsions

5- tachypnée profonde

6- diarrhée pas aussi grave que dans la forme précédente mais conduisant aussi à l'acidose.

7- collapsus

NOTE: *L'état morbide de l'enfant est beaucoup plus la conséquence de son acidose que de sa déshydratation. L'organisme ayant épuisé ses réserves en glycogène, il utilise ses lipides qui, en se dégradant, produisent ce que l'on appelle des corps cétoniques. L'excès de ces corps cétoniques entraîne l'acidose. Pour combattre cet état, l'organisme utilise ses réserves en bases: NA, CA, K, Mg. Les actions a poser seront de donner des hydrates de carbone afin d'améliorer le fonctionnement des reins et les bases seront remplacées par des sels (NACL).*

b) Traitement:

Buts du traitement:

Remplacer l'eau perdue et rétablir l'équilibre électrolytique.

Considérer la perte du poids afin d'administrer la quantité de liquide nécessaire:

1- Tant que persistent les vomissements, on ne doit rien donner à l'enfant par la bouche.

2- Administrer des solutés par voies intra-veineuse ou sous cutanée.

3- Lorsque les selles et les vomissements diminuent, donner une alimentation plus solide, en ajoutant graduellement des protides et des lipides (le goût et l'état de l'enfant nous guide dans le choix de la diète).

4- Antibiothérapie correspondante au microbe en cause. Par exemple, s'il s'agit d'une diarrhée parentérale, on peut donner de la Néomycine. Par contre, s'il s'agit d'une diarrhée staphylococcique, on donne de l'Auréomycine ou de la Terramycine, etc...

5- Le médecin donne parfois des anti-diarrhéiques (Kaopectate, Kaomycin, Arobon...)

6- Si l'hyperthermie se manifeste, faire des frictions alcoolisées, administrer de la glace, etc...

1.5 Prévention:

1- L'allaitement maternel est recommandé dans les milieux socio-économiques faibles.

2- Enseignement à donner à la mère concernant la préparation des boires (préparation de la formule, quantité, matériel requis, conservation des biberons).

3- Lorsqu'il fait chaud, on devrait réduire la nourriture solide, augmenter les liquides et faire porter à l'enfant des habits correspondants à la température.

4- Garder l'enfant loin des autres enfants présentant une infection du tube digestif.

5- Respecter les mesures d'hygiène publique en:

- approvisionnement d'eau (faire bouillir l'eau si nécessaire)
- protection contre les insectes, etc. (couvrir les aliments afin de prévenir la contamination, placer un voile ou un filet sur le berceau afin de protéger le jeune bébé).
- utilisation de poubelles hygiéniques.

1.6 Soins infirmiers:

Les principes essentiels qu'il faut se rappeler, c'est qu'avant d'instituer ou d'appliquer un traitement, il faut connaître ou du moins être très attentif aux besoins de l'enfant, de sa famille et en particulier de la mère et, bien sûr, il faut également tenir compte des besoins de l'infirmière soignante.

1- Besoins de l'enfant:

a) Satisfaire son besoin de succion, surtout si on doit le garder à jeûn (tétine d'amusement, suce bouchée → cependant, faire passer les gaz stomacaux par la suite).

b) Procurer de l'affection à l'enfant, surtout quand la mère ne peut demeurer à l'hôpital.

c) Immobiliser l'enfant lors de l'administration des solutés et par la suite prévoir des périodes d'exercices (le bercer, bouger son lit, etc.).

d) Si l'enfant ne reçoit qu'une alimentation parentérale, humecter fréquemment les lèvres, les lubrifier et nettoyer sa bouche à l'eau bicarbonatée.

e) Maintenir le siège de l'enfant en bon état; laver le siège à l'eau sans savon, bien l'assécher sans frotter, et appliquer un lubrifiant (huile, vaseline, zincofax, etc.).

f) Prendre la T° axillaire (la stimulation rectale est a éviter et aussi l'irritation de l'anus pourrait rendre la prise de T° rectale douloureuse.)

g) Doser les liquides ingérés et excrétés.

2- Besoins de la mère et de la famille:

a) Savoir écouter la mère, elle peut se reprocher un manque d'hygiène à domicile.

b) Au téléphone rassurer la mère sur l'état de son enfant. Si la condition de l'enfant se détériore, demander au médecin de communiquer avec la mère.

c) Prendre le temps d'expliquer à la mère certains traitements afin de diminuer son inquiétude.

d) S'informer de l'état de santé des autres enfants à domicile, s'il s'agit d'une maladie infectieuse.

3) Besoins de l'infirmière:

a) Se conserver en parfaite santé.

b) Etre compétente afin de pouvoir interpréter adéquatement les prescriptions médicales et d'appliquer les soins appropriés.

4) Hydratation par voie buccale:

- Quantité requise, c'est 125cc./kg/jour.

- Lui faire prendre du liquide souvent mais peu à la fois.

- Vérifier s'il y a des changements à l'ordonnance médicale.

- Inscrire au dossier:
  - genre d'aliment
  - quantité donnée
  - l'appétit de l'enfant
  - son degré de tolérance

5) Changement de position:

Le changer fréquemment de position et lui faire faire des exercices passifs.

6) Soin de la peau:

Après que l'enfant a vomi, laver son visage et bien l'assécher. De même,

après une selle, prévenir l'irritation en lavant le siège, en l'asséchant délicatement, en le lubrifiant et même parfois en l'exposant à l'air. On peut utiliser la chaleur sèche (ampoule électrique).

7) Noter fidèlement au dossier la couleur, la quantité, la consistance, le caractère et l'odeur des selles. Noter aussi la fréquence et la quantité des mictions.

8) Lubrifier les lèvres.

9) Isoler l'enfant (reviser la technique, p. 452, 457 dans le *Cahier de Techniques* du 180-401).

10) L'infirmière a aussi un rôle a jouer face à certaines techniques particulières:

- PONCTION VEINEUSE CHEZ UN ENFANT DE 0 - 1 AN:

a) Maintenir la tête dans une bonne position, si ponction de jugulaire.

b) Maintenir les jambes dans une bonne position, si ponction de la fémorale.

c) Immobiliser solidement l'enfant (momification - voir technique, p. 268 dans *l'Infirmière et l'enfant*).

d) Exercer une pression suffisante au site de la ponction.

- ADMINISTRATION DE SOLUTES INTRA-VEINEUX:

a) Noter la quantité de soluté absorbée, le nombre de gouttes par minute, surveiller le débit. Observer si l'aiguille est toujours dans la veine, si l'absorption se fait normalement. Si la perfusion s'arrête et que le sang ne remonte pas dans

l'aiguille, elle doit arrêter le soluté et le réinstaller de nouveau.

b) Choisir le site de l'injection.

c) Immobiliser suffisamment l'enfant.

d) Doser adéquatement la solution.

e) Prendre toutes les précautions nécessaires, surtout si l'enfant doit manger en même temps que son soluté est absorbé. Il faut prévenir toutes aspirations bronchiques.

- PERFUSION SOUS CUTANEE:

1- Choix du site (région pectorale, dos, bas de l'abdomen, faces latérales des cuisses).

2- Respecter une technique stérile.

3- Masser délicatement le site de l'injection, afin de diffuser le liquide dans les tissus.

4- Si l'endroit de l'injection devient pâle et dur, on change la position de l'aiguille.

5- Reconnaître chez l'enfant, durant une perfusion, les besoins de succion, d'affection et d'attention. Lui procurer une tétine d'amusement, lui parler, jouer avec lui, installer un mobile devant lui.

2.0 SALMONELLOSES:

2.1 Définition:

C'est une infection causée par des bactéries du type salmonella.

2.2 Etiologie:

Les salmonella sont de deux types: *typhique et paratyphique.*

La contagion se fait après l'ingestion d'aliments contaminés. Les aliments les plus souvent en cause sont: eau, lait et produits laitiers, crustacés (huîtres, crevettes), oeufs, viandes, animaux d'agrément (tortue, chien, chat).

2.3 Types d'infections:

Les infections sont de trois types:

- fièvre entérique (fièvre typhoïde, paratyphoïde)
- intoxication alimentaire (gastro-entérite)

2.4 Manifestations cliniques:

- Maux de tête
- Nausées et vomissements
- Douleurs abdominales
- Diarrhée
- Elévation de la température
- Pouls à pulsation dicrote
- Somnolence
- Méningisme
- Eruption lenticulaire
- Mort pouvant survenir à la suite d'une toxémie, d'une déshydratation extrême ou d'un collapsus.

2.5 Moyen de diagnostic:

Test de Widal: test sérologique qui a pour but de déceler, puis de titrer les anticorps présents dans le sérum du malade.

2.6 Complications:

- Ostéo-myélite
- Méningite
- Abcès des tissus mous
- Bronchite

2.7 Pronostic:

Dépend du diagnostic précoce et du traitement.

2.8 Traitement:

- Isolation
- Diète absolue (aucune alimentation par la bouche)
- Hydratation parentérale (soluté)
- Chloromycétine (médicament de choix)

2.9 Soins infirmiers:

Ce sont les mêmes que ceux accordés à un enfant atteint de vomissements et de diarrhées.

2.10 Prévention

- Vaccin antitypho-paratyphoïdique A et B (vaccin TAB)
- Mesures d'hygiène pour empêcher la contamination par les aliments (lait, oeufs, crustacés).
- Enquête épidemiologique (visites à domicile afin de trouver l'agent causal).

3.0 INVAGINATION INTESTINALE (intussusception)

3.1 Définition:

L'introduction d'une partie de l'intestin dans un segment intestinal plus étroit. (Planche XXIV)

3.2 Incidence:

Plus de la moitié des intussusceptions se produisent durant la première année de vie. Certains cas se manifestent aussi au cours de la deuxième année surtout chez le garçon.

3.3 Etiologie:

La cause exacte est indéterminée. Mais on a cependant noté quelques facteurs prédisposants:

1- Entérite aigue

a) diarrhée
b) constipation

] Tout ce qui pertube le péristaltisme intestinal

2- Se manifeste parfois autour d'une diverticule de Meckel - de polypes intestinaux agissant comme corps étrangers.

3- Parfois associée à une inflammation virale des plaques de Peyer.

4- Hyperpéristaltisme

5- Existence de cicatrice chirurgicale.

INVAGINATION

PLANCHE XXIV

3.4 Physio-pathologie:

La partie supérieure de l'intestin s'introduit dans la partie basse, et très fréquemment au niveau de la valvule iléo-caecale. La circulation est arrêtée ou ralentie par la portion de l'intestin qui est extérieure. L'oedème s'installe. On peut dire que c'est un télescopage d'une partie de l'intestin.

3.5 Variété d'invagination: (Planche XXV)

1- Iléocaecale (le caecum et l'iléon s'invaginent dans le côlon ascendant).

2- Iléocolique (invagination de l'iléon dans le côlon).

3- Colo-colique (auto-invagination du côlon).

4- Entéro-entéral (auto-invagination de l'intestin grêle).

3.6 Symptomatologie:

1- Douleurs abdominales semblables à des coliques (l'enfant replie ses jambes sur l'abdomen)

2- Vomissements qui sont alimentaires au début et qui deviennent bilieux et même fécaloïdes, dépendant de la hauteur de l'invagination.

3- Selles molles, qui deviennent mucosanguinolentes, glaireuses et l'enfant devient constipé.

4- Agitation extrême et prostration.

5- Hyperthermie pouvant atteindre jusqu'à 108° F.

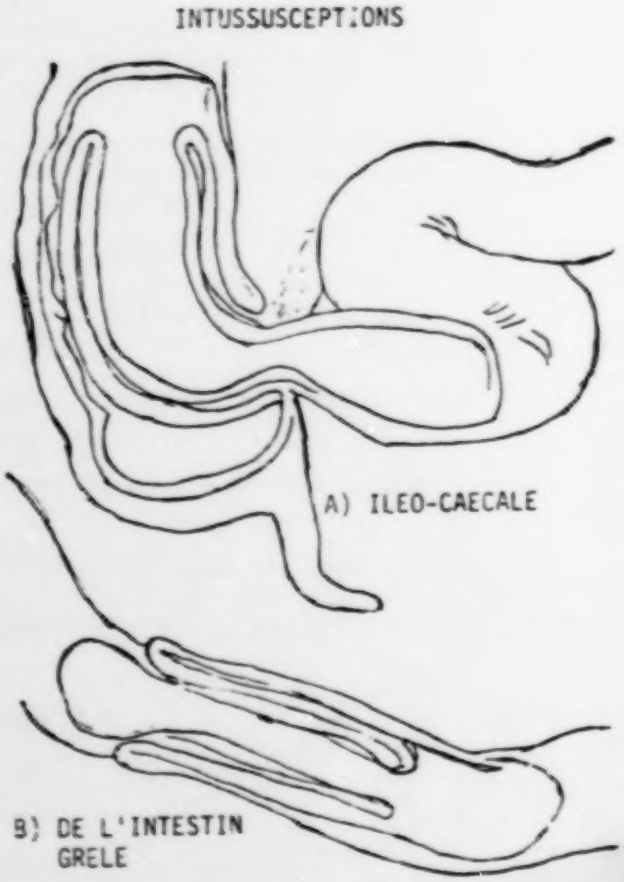


PLANCHE XXV

6- Déshydratation

7- Perte de la souplesse abdominale. On peut palper la section invaginée (genre saucisse).

3.7 Moyens de diagnostic:

- Le diagnostic est basé sur les symptômes

- Lavement baryté

- Toucher rectal permet de reconnaître une invagination iléo-caecale.

3.8 Traitement:

Il y a deux genres de traitement: *les traitement médicaux et chirurgicaux*

Traitement médical:

Réduction de l'invagination par un chirurgien sous contrôle fluoroscopique, après un grand lavement baryté. L'invagination est réduite par pression hydrostatique. Si la manoeuvre échoue, on procède à l'opération chirurgicale.

Traitement chirurgical:

L'intervention consiste à réduire l'invagination, et s'il y a présence de nécrose, de gangrène, le chirurgien resèque le segment atteint.

3.9 Soins infirmiers:

1- Pré-opératoires:

- Hydratation afin de prévenir le choc opératoire

- Drainage gastrique continu

- Antibiothérapie

- Préparation psychologique et préparation du champ opératoire

2- Post-opératoires:

- Solutés intra-veineux en permanence; ils cessent avec la reprise de l'alimentation normale.

- L'alimentation doit être commençée dès la reprise de l'activité péristaltique et l'arrêt des vomissements.

- S'il y a résection intestinale, on administre les liquides par voie parentérale et aussi on fait une succion gastro-duodénale afin d'éviter un balonnement. On doit faire un dosage du drainage.

- L'infirmière doit signaler toutes complications (choc, péritonite), et tout changement dans les signes vitaux, la coloration, la dilatation abdominale ou l'odeur de la plaie abdominale.

- L'aspect psychologique est encore à considérer.

- L'enfant a besoin de sa mère surtout avec l'âge de 6 mois à 1 an, l'enfant a peur des étrangers.

- Favoriser les visites de la mère et même l'inciter a demeurer à l'hôpital avec son bébé.

- Aider la mère à verbaliser ses sentiments face à la maladie de son enfant.

- Elle a parfois tendance à s'en vouloir de ne pas avoir conduit son enfant plus tôt chez le médecin.

3.10 Complications:

- Diarrhée

- Choc secondaire à une déshydratation grave

- Péritonite

3.11 Pronostic:

Il est bon si l'opération est effectuée sans délai.
Taux de mortalité élevé si le traitement n'est pas effectué rapidement.

MEGACOLON

PLANCHE XXVI

4.0 MEGACOLON: (Maladie de Hirschsprung) (Planche XXVI)

4.1 Définition:

C'est une malformation congénitale qui consiste en l'hypertrophie de la musculature d'une certaine partie du côlon.

4.2 Etiologie:

Absence congénitale des ganglions parasympathiques dans le côlon distal (descendant), causant une atrophie du segment atteint, avec absence de péristaltisme et bien sûr une accumulation de matières fécales en amont (au-dessus). La portion indemne de l'intestin (côlon transverse) s'hypertrophie, puis s'amincit et ceci conduit à la constipation opiniâtre, et éventuellement à la distension abdominale.

4.3 Symptomatologie:

Cette anomalie se rencontre surtout chez les enfants du sexe masculin. Les symptômes peuvent se présenter dès la naissance, ou se manifester au cours de la première année de vie.

1- Constipation opiniâtre intermittente, et par la suite une diarrhée caractérisée par une débâcle de selles nauséabondes, causées par la dilution des matières fécales stagnantes dans les liquides intestinaux.

2- Vomissements

3- Distension abdominale, causée par l'accumulation de gaz, de liquide dans le côlon.

4- Gêne respiratoire causée par une flatulence importante.

5- Selles fragmentées, enrubannées lorsqu'elles réussissent à franchir le rétrécissement et à être éliminées.

6- Retard staturo-pondéral (causé par la malnutrition).

7- On peut palper les matières fécales à travers l'abdomen distendu et des veines superficielles apparaissent sur l'abdomen.

8- Nausées et anorexie.

9- Haleine fétide.

10- Déshydratation.

4.4 Moyens de diagnostic:

1- D'après les symptômes.

2- Recherche de trypsine dans le liquide gastro-duodénal

3- Test de sudation.

] pour différencier le mégacôlon de la mucoviscidose.

4- Lavement baryté (montre un rétrécissement).

5- Biopsie intestinale confirme un diagnostic difficile.

4.5 Traitement:

Médical:

1- Lavement fréquent et quotidien dans le but d'évacuer les selles au fur et à mesure qu'elles s'accumulent.

2- Lavements de rétention à base d'huile minérale ou d'olives et par la suite on irrigue le côlon.

3- Régime pauvre en résidu afin de diminuer la constipation.

Chirurgical:

1- Si l'état de l'enfant le permet, le chirurgien procède à l'ablation du segment colique rétréci. L'intervention la plus récente est la Technique de Duhamel. Elle préserve le rectum et ses fonctions, et l'on pratique une anastomose (raccordement) entre le rectum et la partie proximale du côlon renfermant des ganglions normaux. Elle permet de rétablir un rythme normal de défécation.

2- Si l'état de l'enfant ne permet pas l'intervention, on procède alors en attendant à une colostomie temporaire. Cette dernière se pratique sur le segment colique en amont du segment pathologique.

4.6 Soins infirmiers:

Soins infirmiers médicaux:

1- Une bonne hygiène générale est importante parce que les enfants sont sous-alimentés, apathiques et gênés par la distension abdominale et leur état nauséeux.

2- Alimenter l'enfant fréquemment mais par petites quantités à la fois.

3- Choisir un régime faible en résidu afin de conserver les selles molles, et faciliter l'évacuation.

4- Noter fidèlement l'appétit de l'enfant, la fréquence et la nature des selles.

5- Inclure dans la diète une dose quotidienne d'huile minérale.

6- Installer l'enfant dans une position semi-Fowler afin d'améliorer le confort.

Soins pré-opératoires:

1- Nettoyer l'intestin par des lavements répétés et des irrigations du côlon au moyen de solutions salives physiologiques (l'eau du robinet peut provoquer une intoxication, car elle stagne dans le côlon .

2- Chimiothérapie pour diminuer la flore microbienne

3- Il faut toujours craindre une perforation colique, étant donné que la paroi est très amincie et dilatée.

Soins post-opératoires:

1- Antibiothérapie afin de réduire le danger d'infection

2- Noter les liquides ingérés et excrétés et faire également une description des selles.

3- Prendre la température axillaire, jusqu'à la fin de la cicatrisation

4- Garder la région péri-anale propre

5- Si l'enfant a subi une colostomie temporaire, on doit expliquer à la mère les soins spécifiques après une telle intervention (utilisation de sacs, changements de sacs, soins au pourtour de la plaie, etc...)

4.7 Complications:

1- Malnutrition

2- Ulcères de la muqueuse intestinale

3- Perforation intestinale

4- Péritonite

4.8 Pronostic:

La forme bénigne de mégacôlon peut régresser à mesure que l'enfant grandit.

La correction chirurgicale donne d'excellents résultats.

4.10 Mégacôlon psychogénique:

a) Définition:

Dilatation du côlon produite par un différent entre la mère et son enfant ou encore par une attitude trop sévère de la mère face à son enfant qui doit acquérir de bonnes habitudes intestinales.

b) Incidence:

A la période pré-scolaire

c) Symptômes:

Ils sont sensiblement les mêmes que ceux rencontrés dans le megacôlon aganglionnaire.

d) Traitement:

1. Laxatifs
2. Suppositoires
3. Hydratation
4. Apprentissage de bonnes habitudes intestinales

5.0 Prolapsus et procidence du rectum et du sigmoïde:

5.1 Définition:

Le prolapsus du rectum consiste en un glissement de la muqueuse du rectum qui peut sortir de l'anus. La procidence est la descente anormale de toutes les tuniques du rectum et/ou du sigmoïde, avec ou sans protusion par l'anus.

5.2 Incidence:

S'observent durant la première année et peuvent se manifester jusqu'à l'âge de trois ans.

5.3 Etiologie:

1- Elévation subite de la pression intra-abdominale

2- Faiblesse de la musculature qui peut provoquer un prolapsus de 5 à 6 pouces de long.

3- Malnutrition

4- Diarrhée

5- Constipation

5.4 Manifestations cliniques:

Saillie du rectum et/ou du sigmoide par l'anus

5.5 Traitement:

Traitement causal s'avère essentiel en cas de malnutrition. Par exemple:

1. Corriger le poids de l'enfant par une diète appropriée
2. Combattre la constipation par l'administration fréquente d'huile minérale
3. Instaurer des habitudes correctes de défécation
4. Traiter la diarrhée s'il y a lieu
5. Rapprocher les fesses de l'enfant avec un diachylon lors des défécations
6. Garder l'enfant en position déclive lors des réductions digitales. (On peut enrouler du papier hygiénique autour du doigt, l'insérer dans l'ouverture du prolapsus et pousser le tout vers le rectum. Il maintiendra ainsi le rectum en place et sera rejeté avec la prochaine selle).

5.6 Pronostic:

Excellent. Parfois une intervention chirurgicale est nécessaire pour réduire de tels problèmes.

6.0 Parasitoses intestinales:

Les enfants qui souffrent de parasitoses ne présentent pas toujours plusieurs symptômes. Il faut bien établir une fois pour toute que le grattage du nez, les grincements de dents, et un sommeil agité, ne sont pas des signes d'infestations intestinales, ce sont plutôt des troubles psychologiques. Nous allons étudier brièvement deux parasitoses courantes chez les enfants l'oxyurose et l'ascaridiose et une parasitose que l'on rencontre plutôt chez l'adolescent et chez l'adulte la taeniase.

OXYUROSE

a) Etiologie:

Enterobius vermicularis (oxyure)
Ver rond

Son habitat est le caecum et l'appendice

b) Epidémiologie:

- Contact intérindividuel
- Terre souillée
- Elle constitue la variété la plus fréquente des parasitoses
- Linge ou literie souillés
- La contamination peut se produire par des oeufs aéroportés Auto-infestation (oeufs au pourtour de l'anus - prurit - l'enfant se gratte et les oeufs se logent sous les ongles - l'enfant porte ses doigts à sa bouche - et le cycle recommence).

ASCARIDIOSE

a) Etiologie:

Ascaris lombricoïdes (ascaris)
Ver rond

Son habitat est l'intestin grêle

b) Epidémiologie:

- Fruits et légumes crus et mal lavés
- Sol contaminé qui souille les jouets, bonbons, etc...
- Ingestion de terre en jouant

TAENIASE

a) Etiologie:

Taenia solium et taenia saginata (ver solitaire)

Son habitat est l'intestin grêle

b) Epidémiologie:

Viande de porc et de boeuf si elle est insuffisamment cuite.

c) Physio-pathologie:

Les oeufs avalés éclosent au duodénum.
Les larves s'acheminent vers le caecum et l'appendice.
Les femelles vivent dans le rectum et elles sortent le soir. Elles pondent plusieurs oeufs

d) Symptômes:

1. Prurit anal nocturne
2. Instabilité et irritabilité de l'enfant.
3. Lésions eczémateuse au pourtour de l'anus (lésions de grattage)
4. Anorexie
5. Amaigrissement
6. Insomnie
7. Chez la fille, on peut noter une salpingite, une vaginite parce que les vers peuvent pénétrer dans l'appareil génital

c) Physio-pathologie:

Les oeufs éclosent au duodénum
Les larves pénètrent dans la muqueuse intestinale et elles envahissent le système veineux ou lympathique. Elles passent par le foie, les poumons et suivent la circulation veineuse.
Traversent les capillaires pulmonaires jusque dans l'alvéole.
Il se produit une réaction inflammatoire.
Une seconde mue se produit, les larves passent dans l'arbre bronchique, l'épiglotte, descendent vers l'estomac, l'intestin grêle, où elles atteignent leur maturité.

d) Symptômes:

Les symptômes varient avec la localisation des larves.

1. Au niveau des poumons, elles peuvent causer une pneumonie atypique.
2. Allergie (urticaire, asthme)
3. Nausées
4. Vomissements alimentaires ou de vers
5. Perte de poids
6. Insomnie
7. Nervosité, irritabilité, asthénie physique et psychique.
8. Coliques intestinales
9. Parfois occlusions intestinales (perforation, invagina-

c) Physio-pathologie:

Le ver nécessite l'intermédiaire de deux hôtes pour se développer:

1) Le boeuf - nécessaire au développement des larves.

2) L'homme ingère la viande infesté. La digestion fait sortir de l'estomac les larves de la viande. Elles vont se fixer dans l'intestin.
Au bout de trois mois les larves deviennent des vers adultes.

d) Symptômes:

1. Appétit exagéré
2. Amaigrissement
3. Anorexie, troubles intestinaux
4. Modification du caractère et déficience scolaire
5. Sialorrhée
6. Signes neurotoxiques.
   - agitation
   - troubles caractériels
   - troubles du sommeil
   - crises épileptiformes
7. Anneaux du vers qui sortent de l'anus et descendent le long des jambes.

e) Diagnostic:

Prélèvement périanal avec un papier adhésif (test au scotch-tape) tôt le matin.

f) Traitement:

Le traitement vise à détruire les oeufs et les vers, et à prévenir la réinfestation.

1. Citrate de pipérazine (antepar) (présenté sous forme de sirop aux fruits)
2. Vanquin - oxyuricide à dose unique (effets secondaires - colore les selles et les vomissements en rouge et tache les vêtements).

e) Diagnostic:

Examen microscopique des selles. Parfois vomissements de vers, ou rejet par le nez.

f) Traitement:

Idem.

1. Citrate de pipérazine (antepar) (présenté sous forme de sirop aux fruits).

e) Diagnostic:

Examen microscopique des selles où l'on trouve des anneaux gravides. Découverte d'anneaux dans les sous-vêtements de l'enfant.

f) Traitement:

Idem.

Il y a deux sortes de traitement:

1. Paralyse le ver - lequel relâche ses moyens de fixation; il est alors entraîné par le bol fécal et éliminé.

   NOTE: Il faut alors examiner le parasite afin de s'assurer qu'il est vraiment entier (tête comprise). Sinon il se reconstituera au bout de trois mois.

2. Le second traitement lyse le ver qui sera transformé en bouillie et éliminé dans les selles. Ce traitement est plus efficace, mais il y a toujours un danger de lyse partielle, laissant ainsi la tête en place.

   N.B.: Que l'un ou l'autre des traitements soit R, l'enfant devra revenir voir le médecin 3 mois après le traitement, afin d'être soumis à un nouveau contrôle parasitologique des selles.

Principaux médicaments:
Semence de courge
Fougère mâle
Pelletiérine (alcaloïde du grenadier)
Artébrine.

g) Pronostic:

Bon, en l'absence de toutes complications.

h) Moyens préventifs:

- Disposition sanitaire des excréments
- L'éducation du public
- Surveillance des endroits de villégiature et le réaménagement du sol contaminé
- Hygiène personnelle stricte
- Bien faire cuire la viande de boeuf ou la faire frigorifier avant de la faire cuire. Le ver est tué à haute température ou à base température.

i) Soins infirmiers:

1- Recouvrir les mains de l'enfant de mitaines afin de l'empêcher de recueillir des oeufs sous ses ongles quand il se gratte la région périanale.

2- Couper les ongles ras et veiller à garder les mains bien propres surtout le matin et avant les repas.

3- Faire porter à l'enfant une couche bien serrée ou un pyjama-combinaison pour qu'il ne puisse atteindre la région périnéale

4- Nettoyer l'anus à l'eau et au savon après chaque selle et appliquer une crème adoucissante afin d'atténuer la démangeaison.

5- Faire bouillir la literie, les sous-vêtements, les vêtements, pyjamas, serviettes de toilette qui ont été utilisés par l'enfant, afin de tuer les oeufs.

6- Si l'enfant est hospitalisé, il faut stériliser le bassin de lit, et empêcher l'enfant d'infester les autres enfants.

7- Faire comprendre à la mère que la parasitose n'est pas un signe de malpropreté

8- Expliquer à la mère que le vanquin tache les dents, donc ne pas faire croquer le comprimé aux enfants, ou bien si le médicament est liquide lui faire prendre avec une paille. Prévenir la mère aussi qu'il colore les selles et les vomissements en rouge.

7.0 Appendicite:

7.1 Définition:

L'inflammation de l'appendice (Planche XXVII)

7.2 Incidence:

Survient rarement durant les deux premières années de vie mais elle est beaucoup plus fréquente durant l'adolescence.

7.3 Etiologie:

Causes locales:

1- Corps étrangers (noyaux de fruits (discutable).

2- Vers intestinaux

3- Cristaux de matières fécales (coprolithes)

Causes environnantes:

1- Constipation

2- Salpingite

3- Fermentation putride (alimentation trop carnée, trop riche en lipides et en glucides)

Causes générales:

Secondaire à une grippe, à une rougeole, une thyphoïde, une angine et à une allergie. Cependant certains auteurs affirment que la véritable cause est inconnue.

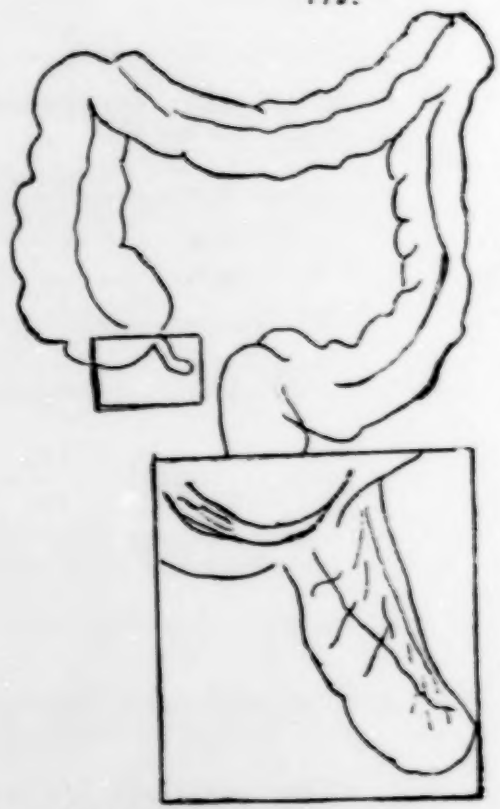


PLANCHE XXVII APPENDICITE

7.4 Ihysio-pathologie:

La muqueuse de l'appendicite est rouge et ulcérée, tuméfiée, recouverte d'exsudat purulent.

Le canal est distendu ce qui nuit à l'alimentation sanguine.

Parfois certains points jaunâtres sur la muqueuse laissent prévoir un début d'abcès qui après une période indéterminée peut se rupturer.

7.5 Symptômes:

1- La crise appendiculaire peut débuter brutalement ou encore faire suite à une gastro-entérite.

2- Nausées

3- Vomissements

4- Anorexie

5- Légère leucocytose (12,000 à 15,000)

6- Douleurs abdominales (la musculature de la fosse iliaque droite se défend plus qu'ailleurs)

7- Constipation ou diarrhée

8- Sensibilité localisée

9- Absence de mouvements péristaltiques sauf s'il y a de la diarrhée

10- Douleurs très vives en coup de poignard au point de Mac Burney (à mi-chemin à droite de l'ombilic et de la crête de l'os iliaque) - cependant ce genre de douleur se produit surtout chez les adultes.

11- Hyperthermie allant de 99^{o} à 102^{o} F.

12- Faciès congestionné, accélération du pouls, rythme respiratoire accéléré, agitation, irritabilité, insomnie.

7.6 Variétés:

1- Aiguë: représentée par les symptômes énumérés ci-dessus

2- Chronique:

Troubles légers, mais répétés

Troubles gastriques (appétit capricieux, bizarreries de la digestibilité) sensation de pesanteur, de brûlures après les repas, nausées, mauvaise haleine, etc...)

3- Anormale:

1- Appendicite à gauche (signes physiques portés à gauche)

2- Crise se répète après une période de guérison apparente

3- Appendicite claudicante qui simule une sciatique ou une coxalgie sans aucun symptôme abdominal.

7.7 Moyens de diagnostic:

Basés sur les douleurs abdominales (localisation)

Basés sur la recherche de la douleur provoquée

Basés sur la défense musculaire

Chez l'enfant il est difficile de différencier la crise appendiculaire d'une gastro-entérite, d'une pneumonie, d'une pyélite et d'une lymphadénite mésentérique.

7.8 Traitement:

Lorsqu'un enfant présente quelques-uns des symptômes énumérés au cours d'une crise apprendiculaire aiguë il faut:

1- Appeler immédiatement le médecin

2- En attendant <u>ne jamais administrer</u> des laxatifs, des purgatifs, des lavements, des vermifuges, <u>ne jamais appliquer</u> de la chaleur sur l'abdomen.

3- <u>Appendicectomie</u>: (planche XXVIII)

L'ablation de l'appendice inflammé

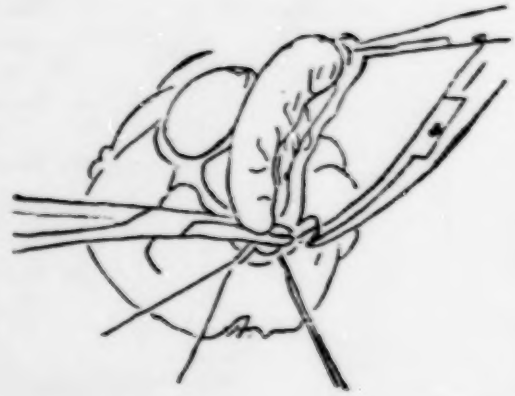
7.9 <u>Soins infirmiers</u>:

<u>Soins infirmiers pré-opératoires</u>:

1- Préparation psychologique de l'enfant et de sa famille

2- Préparation physique:

a) *suspendre l'alimentation*
b) *garder à jeun*
c) *hydratation intra-veineuse*
d) *faire baisser la température rectale*
e) *antibiothérapie afin de prévenir une péritonite*
f) *préparer le champ opératoire*
g) *administrer la prémédication à l'heure demandée*
h) *vider la vessie*



Appendicectomie
PLANCHE XXVIII

<u>Soins infirmiers post-opératoires</u>:

1- Surveiller les signes vitaux
Surveiller le pansement et prévenir l'hémorragie
Surveiller la première miction
Surveiller l'état de l'abdomen
Surveiller si l'état est nauséeux
Surveiller l'absorption de soluté intra-veineux

2- Faire faire des exercices respiratoires

3- Lever précoce (habituellement le lendemain de l'opération)

4- Diète absolue le jour de l'intervention
   Diète légère le lendemain
   Diète légère et ordinaire par la suite
   > Suivre les Rx médicales à ce sujet

5- Surveiller l'élimination urinaire et intestinale

6- Surveiller également l'état de la plaie (apparence, écoulement)

7- Le retour à l'école se fait habituellement deux semaines après l'opération

8- Faire marcher l'opéré très droit (pour l'aider au début lui faire appuyer les talons et le dos au mur afin de se redresser et lui demander de marcher dans la même attitude).

7.10 Complications:

1- Abcès localisé
2- Perforation intestinale
3- Péritonite
> Peuvent être provoqués par l'administration de purgatifs à domicile
Par l'application de chaleur
Par l'abus inconsidéré d'antibiotiques.

8.0 Péritonite:

8.1 Définition:

Inflammation aiguë de l'abdomen

8.2 Etiologie:

1- Perforation de l'intestin (occlusion intestinale, ulcère perforant)
2- Rupture de l'appendice (cause la plus fréquente)
3- Rupture de la rate ou du foie
4- Inflammation venant d'une plaie pénétrante de l'abdomen

8.3 Symptômes:

1- Nausées

2- Vomissements

3- Douleurs abdominales (muscles abdominaux contracturés)

4- Rigidité de la paroi abdominale (les mouvements respiratoires ne se communiquent plus à l'abdomen)

5- Hyperthermie

6- Hyperleucocytose

7- Les mouvements respiratoires ne se communiquent plus à l'abdomen

8- Accumulation d'un liquide purulent dans la cavité péritonéale

9- Occlusion intestinale

10- Tachycardie augmentée

11- Balonnement

12- Diaphorèse (faiblesse), pâleur, enfin acheminement vers un état de choc.

8.4 Traitement:

Il faut agir rapidement afin de lutter contre l'infection et réactiver le péristaltisme et compenser les pertes hydro-électrolytiques

1- Antibiothérapie à dose massive par voie parentérale

2- Intubation gastrique et intestinale à l'aide d'une sonde nasogastrique reliée à un appareil d'aspiration.

3- Administration d'eau et d'électrolytes par voie intra-veineuse

4- Diète absolue

5- Le médecin R_x des opiacés et des sédatifs pour atténuer la douleur

6- Intervention chirurgicale

8.5 Soins infirmiers:

Idem à ceux de l'appendicectomie sauf:

1- Demeurer près du malade car il est très agité et très souffrant

2- Installer le malade en position semi-Fowler afin que les liquides purulent s'accumulent dans le bas de l'abdomen; afin de prévenir des complications au niveau des voies respiratoires; afin de permettre au malade de prendre de plus grandes respirations sans trop de douleur.

Soins infirmiers post-opératoires:

Idem à ceux de l'appendicectomie sauf:

1- Succion gastrique continue

2- Chimio et antibiothérapie

3- Administration de solutés intra-veineux

4- Position semi-Fowler

5- Lever le malade le plus tôt possible, cependant demander l'avis du chirurgien.

9.0 Diverticule de Meckel: (Planche XXIX)

9.1 Définition:

C'est une cavité pathologique en doigt de gant qui est due à la persistance du conduit omphalomésentérique (c'est ce qui reliait autrefois l'intestin primitif à la vésicule ombilicale. C'est une poche de l'iléon). Ce peut être aussi un cordon fibreux situé à environ 20" au-dessus de la valvule iléo-caecale. Il peut atteindre de 2 à 3 pouces et il est tapissé de muqueuse intestinale ou gastrique.

9.2 Etiologie:

Congénital et 2% des gens peuvent en être atteint.

9.3 Symptômes:

Ce n'est généralement pas le diverticule qui cause des problèmes mais, c'est plutôt lorsque la muqueuse secrète des ferments qui provoquent des ulcérations allant même jusqu'à provoquer des hémorragies massives, entraînant alors une perforation et une péritonite.

Lorsqu'il y a une hémorragie:

1- Selles rouge vif ou noires
2- Pâleur
3- Pulsations accélérées

9.4 Traitement:

1- Transfusions sanguines
2- Ablation chirurgicale

DIVERTICULES DE MECKEL DE L'ILÉON.

9.5 Soins infirmiers:

Idem à ceux de l'appendicectomie

PLANCHE XXIX

E) TEST DE REVISION:

1- Quel autre nom donne-t-on au mégacôlon?

2- a) Quelle est la cause du mégacôlon?

b) Que produit-il dans l'organisme?

3- Quelle est la position qui semble la plus confortable pour un enfant atteint de cette pathologie?

4- Les soins pré-opératoires à la technique du Duhamel consistent à nettoyer l'intestin par des lavements répétés et des irrigations du côlon.

a) Quelle solution est alors utilisée?

b) Pour quelle raison?

5- Association:

Inscrire dans la parenthèse la lettre correspondante à la réponse exacte.

1. *Mégacôlon*	[ ]	a) Evacuation soudaine, fréquente, abondante et désordonnée des matières fécales sous forme liquide
2. *Appendicite*	[ ]	b) Introduction d'une partie de l'intestin dans un segment intestinal plus étroit.
3. *Invagination*	[ ]	c) Hypertrophie de la musculature d'une certaine partie du côlon
4. *Diarrhée*	[ ]	d) Descente anormale des tuniques du rectum à l'extérieur de leur cavité
5. *Deshydratation*	[ ]	e) Inflammation de l'appendice
6. *Procidence*	[ ]	f) Ecart trop grand entre la quantité d'eau absorbée et la quantité d'eau perdue.

6- Quels médicaments peuvent être administrés pour soulager les maladies ou les symptômes suivants et à quelles classes appartiennent-ils? Inscrire dans les petites parenthèses les lettres correspondantes aux réponses exactes.

			Classes de médicaments
1. *diarrhée*	[ ]	a) démérol	( )
2. *douleur abdominale*	[ ]	b) lincocin	( )
3. *hyperthermie*	[ ]	c) kaomycine	( )
4. *mégacôlon*	[ ]	d) tempra	( )
5. *péritonite*	[ ]	e) huile de ricin	( )

ETAPE IV: PATHOLOGIE

V - Pathologie du foie et des voies biliaires:

1.0 L'atrésie biliaire

A) Objectifs de comportement:

1. Enumérer les différentes composantes des voies biliaires
2. Décrire les cinq (5) rôles du foie
3. Identifier les vaisseaux rencontrés au niveau du foie
4. Justifier le tableau clinique présenté dans l'atrésie biliaire

B) Rappel anatomo-physiologique:

a) *Définition:*

Le foie est la glande la plus volumineuse de l'organisme. Elle sécrète la bile et elle occupe l'hypocondre droit, une partie de l'épigastre, et elle s'avance jusqu'à l'hypocondre gauche.

b) *Situation:*

Au-dessous du diaphragme, au-dessus de l'estomac et de la masse intestinale.

c) *Moyens de fixation:*

1. Ligament suspenseur du foie (va de l'ombilic au bord antérieur de la glande)
2. Ligament coronaire (unit le bord postérieur hépatique à la face inférieure du diaphragme)
3. Ligament rond
4. Ligaments latéraux ou triangulaires
5. L'épiploon gastro-hépatique
6. Son adhérence intime avec la veine cave inférieure, le maintient dans sa position.

d) *Rapports:*

A gauche: l'estomac, la rate.

En haut: le diaphragme sans l'intermédiaire du péritoine

En avant: paroi abdominale

En arrière: oesophage, aorte, veine cave inférieure

A droite: rein et capsule surrénale droits

e) *Description:* (*Planche XXX*)

1. *Face supérieure:*

Elle répond au diaphragme auquel elle est fixée par des ligaments. Le ligament suspenseur la divise en deux lobes inégaux: le lobe droit et le lobe gauche.

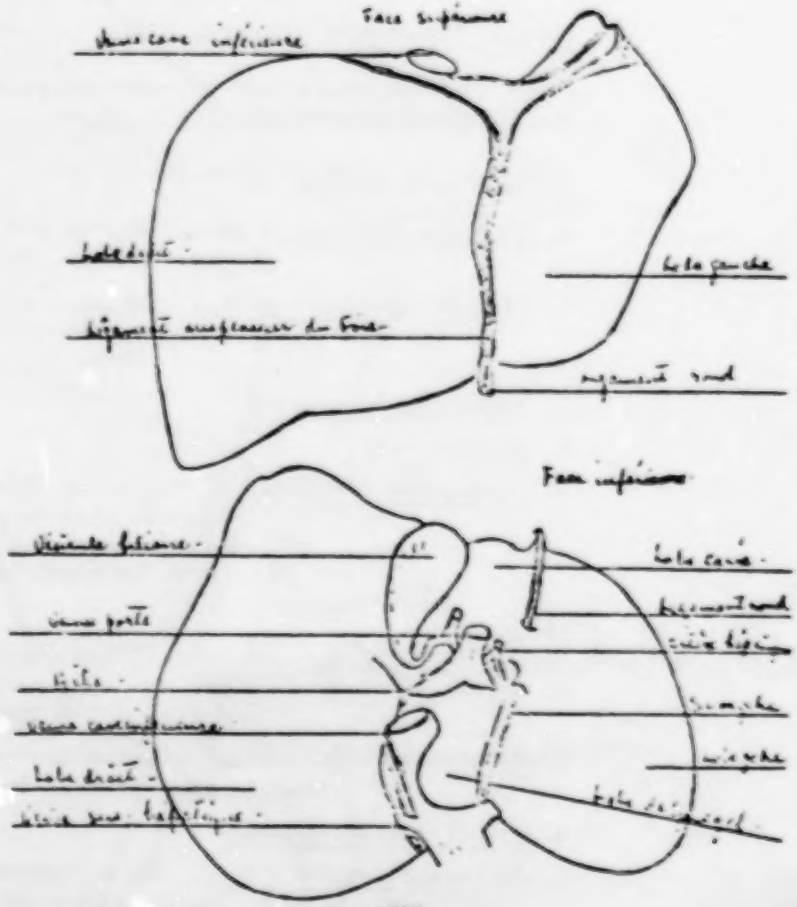
2. *Face inférieure:*

Celle-ci se divise en quatre lobes par trois sillons:

- Deux sillons antéro-postérieurs (droit et gauche)

- Un sillon transversal appelé hile du foie, parce qu'il réunit les canaux qui entrent et sortent du foie: canaux biliaires, vaisseaux sanguins, vaisseaux lymphatiques, nerfs. Ces sillons divisent le foie en 4 lobes:

1. *lobe droit* (*plus gros*)
2. *lobe gauche*
3. *lobe carré* (*médian antérieur*)
4. *lobe spiegel* (*médian postérieur*)



- FOIE -

PLANCHE XXX

6) Structure du foie:

Le foie est entouré d'une membrane conjonctive que l'on appelle la capsule de Glisson. Elle divise le foie en lobules hépatiques.

Lobules hépatiques (Planche XXXI)

C'est l'unité anatomique et fonctionnelle du foie. Le travail total du foie comprend l'ensemble des travaux exécutés par les lobules.

Structure du lobule: (Planche XXXII)

1. Cellules hépatiques (disposées en traînées rayonnantes dans le lobule)
2. Veinule centrolobulaire: (située au centre du lobule). La réunion de ces veinules forme les veines sus-hépatiques
3. Artériale hépatique:
4. Veinule porte
5. Canalicule biliaire (il reçoit la bile secrétée par les cellules hépatiques) La région de ces canalicules forme le canal hépatique.

g) Vaisseaux:

1. Artère hépatique: c'est un vaisseau nutritif, elle apporte au foie le sang oxygéné.
2. Veine porte: c'est un vaisseau fonctionnel. Il ramène le sang veineux du tube digestif...
3. Veines sus-hépatiques:
4. Vaisseaux lymphatiques: ils se rendent dans les ganglions du hile et dans les ganglions diaphragmatiques.

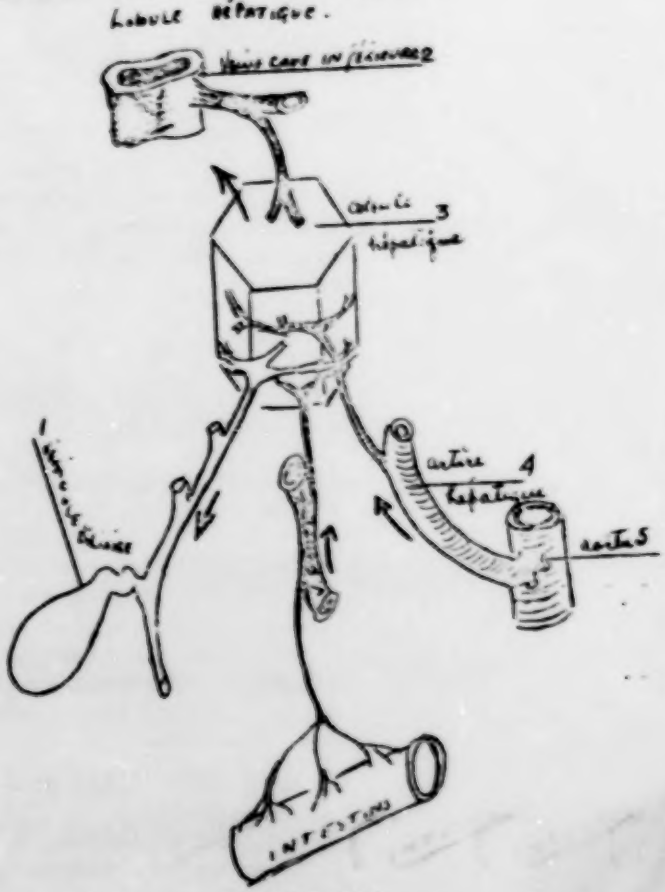


PLANCHE XXXI

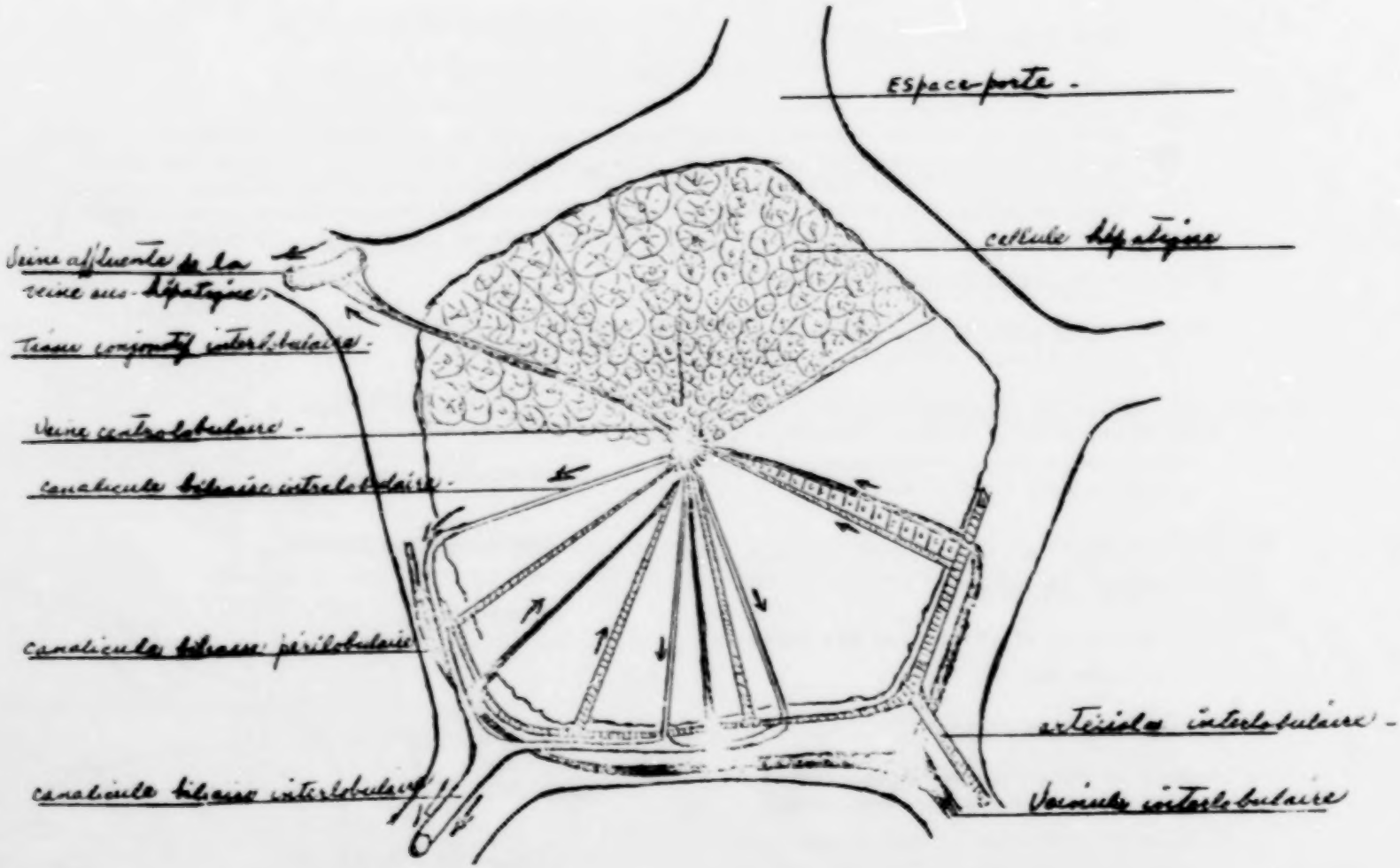


PLANCHE XXXII: Structure et vascularisation du lobule hépatique

h) Voies biliaires: [Planche XXXII]

1. Voie biliaire principale:

Elle naît par la réunion des deux canaux hépatiques (droit et gauche) qui forment le canal hépatique commun. Ce dernier se joint au canal cystique pour former le canal cholédoque. Ce dernier traverse le pancréas et s'ouvre dans la deuxième portion du duodénum au niveau de l'ampoule de Vater par un orifice commun avec le canal de Wirsung. Le sphincter d'Oddi est un sphincter situé à la jonction de l'ampoule de Vater et du canal cholédoque.

2. Voie biliaire accessoire:

Elle est constituée par un réservoir branché sur la voie biliaire principale la vésicule biliaire.

Au moment de la digestion, elle se contracte et déverse la bile dans l'intestin par son canal cystique qui forme avec le canal hépatique commun, le cholédoque.

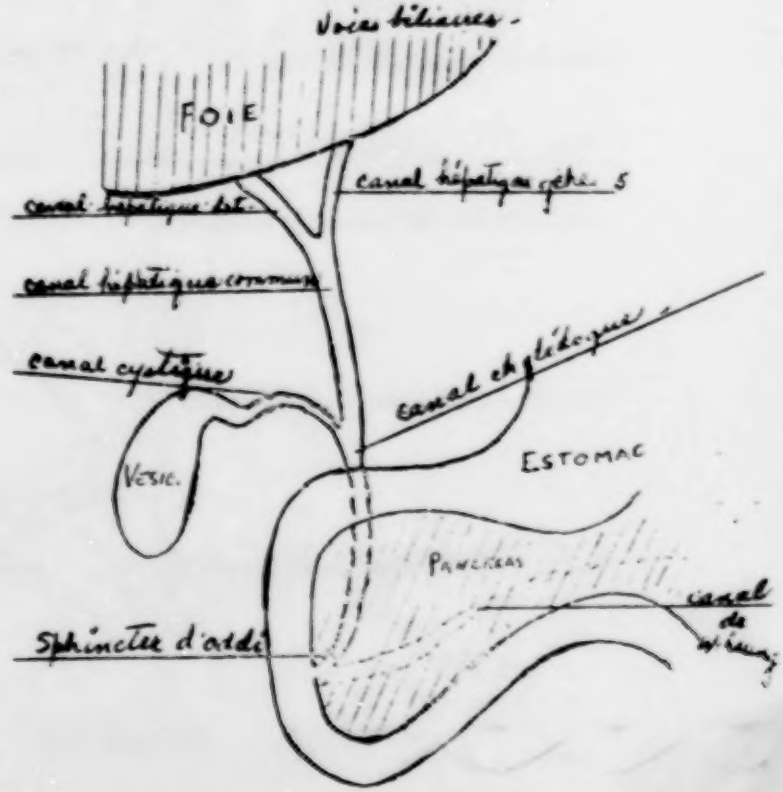


PLANCHE XXXIII

i) Rôles du foie:

1. Fonction biliaire:

- digestion et absorption des graisses
- élimination des déchets

2. Fonction alimentaire:

Joue un rôle dans le métabolisme des glucides (organe gluco-régulateur)

Joue un rôle dans le métabolisme des lipides (fixation, formation, destruction des graisses)

Joue un rôle dans le métabolisme des protides (formation de l'urée, et la synthèse d'acides aminés.)

3. *Fonction vasculo-sanguine:*

- Maintient l'intégrité des capillaires
- Intervient dans le phénomène de la coagulation (formation de fibrinogène et de prothrombine).
- Permet une fonction hématolytique (détruit les globules rouges)
- Permet une fonction hématopoiétique (formation de globules rouges)
- Permet une fonction martiale (emmagasine le fer, qui est libéré lors de la destruction des globules rouges).

4. *Fonction thermogène:* Le foie réchauffe le sang et maintient la température constante du corps.

5. *Fonction antitoxique:* Les cellules hépatiques remanient les substances incomplètement préparées ou même toxiques, absorbées par la muqueuse intestinale.

J) La bile:

Liquide visqueux de couleur jaune clair, alcalin, saveur amère et sucrée.
Sa sécrétion est très abondante et continue. Elle sécrète à raison de 800 c.c. par 24 heures

1. *Composition:*

- Eau 97%
- Sels minéraux chlorures, phosphates, bicarbonates de NA, K, CA, MG
- Cholestérol
- Sels biliaires

- Pigments biliaires et mucine

a) *Bilirubine*: - une partie se transforme en urobilinogène et elle est éliminée par les reins.
- elle colore les selles stérobilines
- lors de l'élimination on la nomme l'urobiline

b) *Biliverdine*: permet l'oxydation

2. *Rôles de la bile*:

a) *Rôle digestif*:

- Emultionne les graisses
- Neutralise le chyme gastrique
- Excite la motricité intestinale
- Facilite l'absorption intestinale du CA
- Empêche la putréfaction et la fermentation des selles
- Colore les selles par ses pigments

b) *Rôle d'excrétion*:

Elle permet l'excrétion des substances suivantes:

Bilirubine
Cholestérol
Acides et sels biliaires
Colorants - brome sulphaléine
Métaux lourds
Substances inorganiques (cuivre, zinc)
Substances toxiques et nuisibles
Médicaments (certains médicaments sont expulsés par la bile)

3. *Stimulation de la vésicule et formation de la bile:*

La contraction vésiculaire et l'ouverture du sphincter d'oddi sont commandées par un mécanisme nerveux, reflexe et hormonal.

a) *Voie nerveuse et réflexe:*

Le pneumogastrique - fait contracter la vésicule et ouvrir le sphincter d'oddi.

Ce phénomène réflexe agit en deux phases:

Phase psychique: réflexe conditionnel; la pensée, la vue, l'odeur des aliments provoquent le réflexe d'évacuation de la bile.

Phase céphalique: réflexe non conditionnel; le contact des aliments dans la bouche agit sur les fibres nerveuses. Il en résulte une évacuation de bile dans le duodénum.

b) *Mécanisme hormonal:*

L'arrivée du chyme dans le duodénum stimule la sécrétion d'un hormone la cholécystokinine. Les contractions de la vésicule biliaire sont contrôlées par cette hormone.

La sécrétion de la bile est augmentée par l'ingestion des matières grasses et elle est ralentie durant les périodes de jeûne.

C) Pathologie: L'Astrésie biliaire

1.1 *Définition:*

Rétrécissement des voies biliaires

1.2 *Etiologie:*

Défaut partiel ou complet du développement des voies biliaires. La bile s'accumule dans le foie au lieu d'entrer dans le tractus intestinal. Les pigments biliaires pénètrent dans le sang et l'ictère apparaît.

1.3 *Manifestations cliniques:*

a) Ictère (jaunisse) (vers la 2ième ou 3ième semaines de vie)

b) Foie volumineux (hépatomégalie)

c) Vésicule biliaire absente ou déformée

d) Rate augmentée de volume (splénomégalie)

e) Ascite (par suite de l'obstruction portale il y a une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale).

f) Réaction de Van den Berg est positive (dosage de la bilirubine dans le sang)

g) Urine est fortement colorée

h) Selles blanches et argileuses de la consistance du mastic

i) Temps de saignement et de coagulation allongés

j) Taux de prothrombine est abaissé

k) Faible absorption des graisses, des vitamines liposolubles (A, D, E, K) et du calcium.

1.4 *Pronostic:*

Sombre. Si les voies biliaires sont absentes, aucun espoir n'est permis

1.5 *Traitement:*

1. Régime élevé en protéines et pauvre en graisse

2. Administrer les vitamines A, D, E, K sous une forme aqueuse

3. Administrer des antibiotiques si une infection se produit

4. Traitement chirurgical vers l'âge de 2 à 3 mois. Il s'agit de la reconstruction des voies biliaires

5. Nourrir l'enfant par voie parentérale.

1.6 Soins infirmiers:

a) Pendant la période post-opératoire, surveiller les symptômes de choc (apathie, perception sensorielle diminuée, peau froide et humide, lèvres cyanosées, pouls rapide et filiforme, respiration rapide et superficielle, hypothermie, chute de T.A.)

b) Changer l'enfant fréquemment de position

c) Surveiller les saignements de la plaie

d) Surveiller les signes de ballonnement abdominal et d'occlusion intestinale

e) Décrire fidèlement l'apparence des selles. Leur aspect renseigne sur l'évolution de la maladie.

ETAPE IV: PATHOLOGIE

VI - Pathologie du pancréas:

1.0 Fibrose kystique du pancréas

A) Objectifs de comportement:

1. Définir ce qu'est le pancréas et énumérer ses différentes composantes

2. Décrire brièvement la structure du pancréas

3. Définir en système digestif la fibrose kystique du pancréas, identifier les principaux symptômes, décrire brièvement le processus physio-pathologique, expliquer au moins trois (3) moyens de diagnostic spécifiques, distinguer trois (3) complications, expliquer le traitement et décrire le rôle de l'infirmier(e).

B) Rappel anatomo-physiologique du pancréas:

a) *Définition:*

C'est une glande mixte, abdominale, composée et en grappe. Elle s'étend tranversalement dans la cavité abdominale, en avant de la colonne vertébrale au niveau de la deuxième vertèbre lombaire et en arrière de l'estomac. Elle est encadrée par le duodénum.

b) *Divisions:*

Le pancréas se divise en quatre parties:

- *Tête* - partie volumineuse
- *Corps* - partie moyenne
- *Isthme* - entre la tête et le corps
- *Queue* - partie effilée

c) *Structure:* (Planche XXXIV)

1. *Canaux excréteurs:*

- Canal de Wirsung qui est le principal canal du pancréas. Il débouche dans le duodénum par la grande caroncule. La rencontre du canal de Wirsung et du cholédoque, constitue un petit renflement que l'on appelle l'ampoule de Vater.

- Canal de Santorini est un canal accessoire qui se détache du canal Wirsung au niveau du col ou de l'isthme du pancréas et qui débouche également dans le duodénum par la petite caroncule.

2. *Lobules pancréatiques:*

Formés par une multitude de petites cellules que l'on appelle acini et qui déversent le produit de leur sécrétion (suc pancréatique) dans des canaux excréteurs.

3. *Ilots de Langerhans:*

Petites cellules claires et très vascularisées qui s'interposent entre les acini. Les ilots élaborent une hormone spéciale l'insuline (cf. guide en système glandulaire).

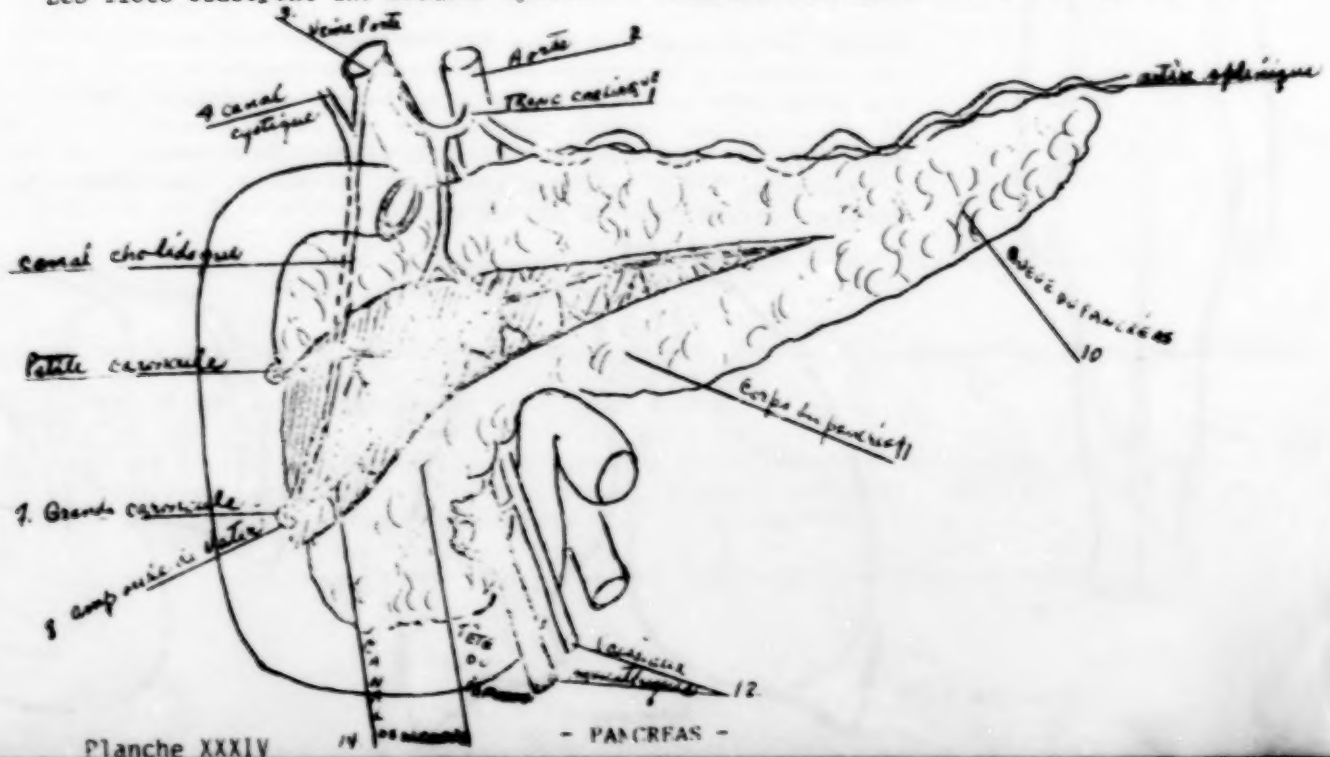


Planche XXXIV - PANCREAS -

C) Pathologie: Fibrose kystique du pancréas (mucoviscidose)

1.1 *Définition:*

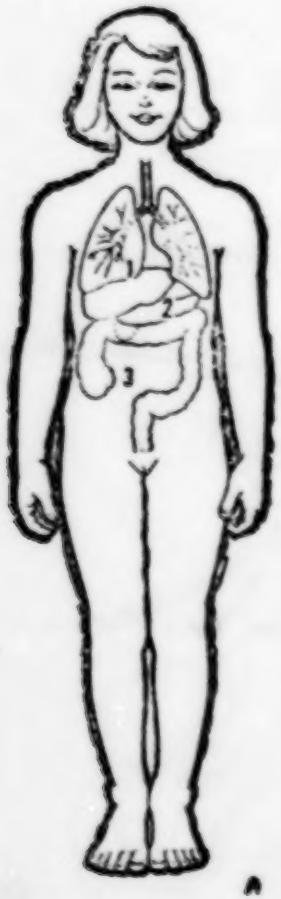
C'est une maladie chronique qui altère globalement les glandes exocrines de l'organisme. Les plus touchées sont le pancréas exocrine, les glandes muqueuses bronchiques, les glandes salivaires et sudoripares et les canalicules biliaires.

1.2 *Etiologie:*

Se transmet par hérédité, selon le mode mendélien récessif. Les parents doivent être tous les deux porteurs du gène pathologique. Ainsi à chaque grossesse la mère court un risque 25% de mettre au monde un enfant atteint de F.K. et 50% pour que celui-ci porte à son tour le gène pathologique.

1.3 *Physio-pathologie:* (*Planche XXXV*)

Toutes les glandes exocrines de l'organisme sont atteintes. Le processus pathologique est semblable pour toutes les glandes. L'obstruction est causée par un épaississement des sécrétions qui dilate les canalicules, qui graduellement, s'atrophient et se fibrosent. Il y a aussi des lésions pulmonaires qui se produisent et qui déterminent soit un emphysème soit une atélectasie, soit une fibrose pulmonaire. Le foie peut augmenter de volume et subir une infiltration graisseuse. La sueur, les larmes, la salive renferment de fortes concentration de cl, NA et K.



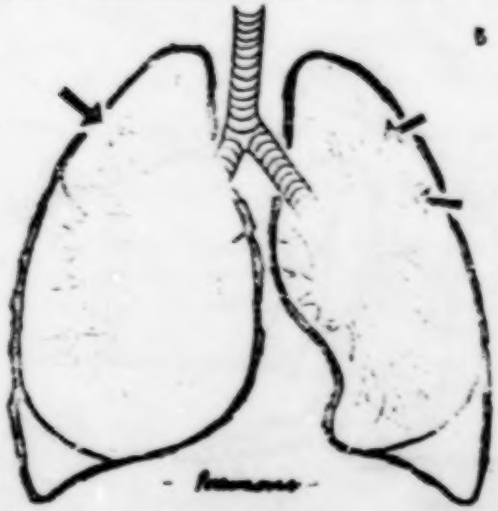


Planche XXXV

1.4 *Symptômatologie:*

1. *Signes avant-coureurs chez le nouveau-né*

- Iléus méconial (causé par l'absence de sécrétion pancréatique)
- Troubles digestifs
- Infection pulmonaire récidivante (sécrétion épaisse de mucus)
- Incapacité pour le nouveau-né à reprendre son poids initial. Selles molles, non moulées et rares.

2. *Syndrome respiratoire:*

Toux non productive, souvent suivie de vomissement (mucus est très épais)
Dyspnée expiratoire accompagnée de cyanose
Hippocratisme digital et tachycardie
Infections respiratoires répétées causées par le staphylocoque doré.

3. *Syndrome digestif:*

On peut la confondre facilement avec la maladie caeliaque. Etant donné que le sucre pancréatique est épaissi et qu'il ne peut conduire les enzymes pancréatiques au duodénum, on note alors des symptômes de malabsorption.

- Dès que l'alimentation du nouveau-né devient solide, c'est à ce moment que des troubles digestifs se manifestent.
- Selles mousseuses et nauséabondes, graisseuses, abondantes, fréquentes et pâles.
- Le nourrisson est incapable de prendre du poids.
- Réserves tissulaires fondent et en fait les manifestations du syndrome caeliaque se produisent (croissance retardée, peau flasque, absence de tissu sous-cutané, sauf au niveau des joues, abdomen distendu et protubérant).
- Sudation abondante et salée. (La sueur est fortement concentrée en NACL et en K)

- L'enfant se fatigue vite et est facilement irritable
- Selles diarrhéiques aggravées par les infections pulmonaires
- Appétit vorace pour compenser la déperdition occasionnée par les selles
- Retard de croissance, distension abdominale, amaigrissement et troubles du comportement.

1.5 *Moyens de diagnostic:*

- Anamnèse
- Examen physique
- Tests de laboratoire et examens radiologiques
  - Test de la sueur
  - Intubation duodénale
  - Recherche de trypsine dans les selles
  - R.X. pulmonaire.
- Analyse biochimique des ongles et des cheveux, aide à confirmer le diagnostic

NOTE: *Définir chacun des moyens de diagnostic énumérés ci-dessus, donner un but, expliquer le résultat prévu et décrire la préparation de l'enfant pour chacun de ces tests.*

1.6 *Traitement:* (palliatif)

Il doit se continuer tout au long de la vie du patient.

1- . Régime alimentaire équilibré (riche en protéines et normal en matières grasses; poudre de banane et du glucose; fromage blanc, viandes maigres, des fruits (bananes, légumes). Saler abondamment les aliments. Fournir un supplément de sel, l'été et par temps chaud.

2- . Administrer des extraits pancréatiques (la dose varie selon l'âge et les besoins de l'enfant). Les donner avant chaque repas et chaque collation afin de remplacer les enzymes pancréatiques que son organisme ne peut produire. Administrer également les vitamines ADEK sous forme aqueuse. Voici quelques médicaments Rx dans les cas de F.K. du pancréas: Antibiotiques (*amcill, ampicine, dynapen, kéflex*). Enzymes pancréatiques (*cotazym, intrasyme, viokase*). Multivitamines (*Vi-phérol*).

3- . Isoler l'enfant afin de le protéger contre les infections

4- . Administrer des antibiotiques par voie orale ou en aérosol

5- . Digitaliser l'enfant (s'il présente des signes d'insuffisance cardiaque).

6- . Oxygénothérapie si cyanose

7- . Procurer une grande quantité d'humidité à l'enfant à l'aide de croupette (surtout à air comprimé).

8- . Aérosolthérapie et antibiothérapie directe

9- . Massothérapie

10- . Drainage postural

11- . Tapotement et vibration (clapping)

1.7 *Complications:*

1- . Prolapsus rectal - dû à un amaigrissement des fesses, à l'abondance des selles et à la faiblesse de la musculature.

2- . Coup de chaleur lorsqu'il fait très chaud et que l'enfant perd beaucoup d'électrolytes dans la sueur.

3- . Coeur pulmonaire (accidents cardiaques provoqués par une affection pulmonaire)

1.8 *Soins infirmiers:*

1- . L'infirmière doit être très patiente envers l'enfant surtout aux heures des repas (l'enfant est irritable, il tousse, vomit facilement et présente des difficultés respiratoires).

2- . Donner des aérosolthérapies et de massothérapies avant les repas (améliore la fonction pulmonaire et favorise l'alimentation).

3- . Lorsque l'enfant expectore, il est important de lui faire brosser les dents et rincer la bouche avant de manger car les sécrétions ont mauvais goût.

4- . Lui faire prendre ses médicaments (avant les repas) avec des jus qu'il aime.

5- . Le nourrir fréquemment, par petites quantités à la fois. Lui interdire des efforts prolongés et lui permettre des éructations fréquentes.

6- . Varier le régime de l'enfant en tenant compte de l'âge de l'enfant et de sa capacité de digestion.

7- . L'infirmière doit noter la réaction de l'enfant après chaque aliment nouveau, ainsi que la nature des selles.

8- . L'infirmière se doit d'accepter les changements d'humeur de l'enfant surtout lorsque l'enfant est malade plusieurs mois. Lui aider à développer son sentiment de sécurité. Aider les parents et l'enfant à retrouver une vie normale.

9- . Prendre un soin attentif de la peau de l'enfant (nettoyer le siège après chaque selle, et appliquer un corps gras. Si la peau s'irrite quand même, exposer le siège à l'air ou l'exposer à la chaleur sèche d'une ampoule électrique).

10- . Garder la région fessière propre dans le but d'éliminer les mauvaises odeurs. Utiliser un désodorisant afin de purifier l'air.

11- . Des éruptions cutanées peuvent se produirent aux proéminences osseuses. Il faut changer fréquemment l'enfant de position (afin de prévenir les plaies de lit, et prévenir une pneumonie hypostatique).

12- . Dès que l'enfant transpire, il faut le changer de vêtement et ne pas l'habiller trop chaudement, mais quand même suffisamment pour qu'il ne prenne pas froid.

13- . L'infirmière devra aider et parfois même se charger des techniques de drainage postural, de tapotement et de vibration.

14- . Elle devra expliquer à l'enfant ce qu'il devra faire durant le traitement d'aérosolthérapie.

15- . Si l'enfant manifeste des craintes face aux traitements, l'infirmière doit lui aider à verbaliser ses craintes ou encore elle devrait profiter de la thérapie par le jeu (lui fournissant des activités qui permettent une décharge de son agressivité).

16- . Faire un rapport complet des observations afin de renseigner adéquatement le médecin sur l'état de l'enfant (description détaillée des selles: couleur, consistance, volume, genre et quantité d'aliments ingérés ou refusés; gain ou perte de poids; coloration de la peau; si toux: nature, fréquence, moment; genre et fréquence des pleurs

17- . Protéger l'enfant contre l'infection.

18- . L'éducation des parents est très importante (au sujet du régime alimentaire, du plan du traitement: surveillance médicale, mesures d'hygiène, prévention de l'infection, repos en fonction des besoins de l'enfant, administration des médicaments, aérosolthérapie, massothérapie et utilisation d'une tente à humidité à la maison: on doit expliquer à la mère les procédures à suivre, les buts et les résultats du traitement.

19- . Enseigner à la mère comment préserver le sommeil et le confort de l'enfant sous la tente à humidité.

20- . Inciter les parents à aider l'enfant à supporter son handicap sans le surprotéger. Intégrer l'enfant aux activités de la famille. Si les parents ont d'autres enfants, ils doivent les aider à satisfaire leurs besoins également.

NOTE: *Lecture obligatoire: P. 298 à 304 dans l'infirmière et l'enfant par Marlow, David, Leclerc.*

1.9 *Pronostic:*

Il est incertain. La moitié des enfants atteints de mucoviscidose meurent avant l'âge de 10 ans et 80% avant 20 ans. La Fondation pour la F.K. peut grandement aider les parents et l'enfant en ce sens que cette fondation supporte sept centres de soins, de recherches, de traitements qui tentent de découvrir la cause de la Fibrose Kystique (quelque chose d'équivalent à l'insuline pour le diabétique). Le coût familial moyen pour chaque enfant atteint de F.K. est de $1,200.00 par année (ce chiffre inclus les médicaments, l'équipement respiratoire, le supplément alimentaire).

ETAPE IV: PATHOLOGIES

V.I - Maladies carentielles:

1.0 *Syndrome caeliaque*

2.0 *Athrepsie*

3.0 *Rachitisme*

4.0 *Tétanie*

5.0 *Scorbut*

A) Objectifs de comportement:

1- . Définir les rôles des vitamines C, D; identifier deux (2) troubles produits par une déficience en ces vitamines; nommer trois sources alimentaires pour chacune.

2- . Définir la maladie caeliaque, identifier les principaux symptômes, décrire brièvement le processus physio-pathologique, énumérer au moins deux (2) causes, expliquer le traitement et décrire le rôle de l'infirmière.

3- . Etablir un parallèle entre les quatre maladies carentielles suivantes: *athrepsie, rachitisme, tétanie, scorbut*, en définissant la maladie; en identifiant la cause principale; au moins deux (2) moyens de diagnostic; en décrivant quatre (4) symptômes spécifiques; en expliquant le traitement et le rôle de l'infirmier(e).

B) Revision des vitamines

1 - Vitamines:

a) *Définition:*

Ce sont des composés organiques, des catalyseurs que le corps humain est incapable de synthétiser lui-même et qui sont indispensables au développement, à l'entretien et au bon fonctionnement de l'organisme, c'est-à-dire essentiels à la croissance et à la santé.

b) *Classification:*

On les classifie d'après leur solubilité en deux catégories:

- *Hydrosolubles:*

B-C

- *Liposolubles:*

A-D-E-K

C) *Rôles:*

1) Transformation des aliments en énergie

2) Formation des tissus et du squelette

3) Régulation du métabolisme en général

II - Vitamine C

On l'appelle également antiscorbutique

a) *Sources:*

Origine animale ⟶ foie

Origine végétale ⟶ oranges, pamplemousses, citrons, tomates, etc. Plus le fruit est mûr, plus il est riche en vitamine C.

b) *Rôles:*

1) Elle est essentielle à la formation et au maintien des tissus intercellulaires:

- Aide à la formation des os et des dents
- Pourvoit à l'intégrité des capillaires (augmente la résistance à l'hémorragie, affermit les gencives)
- Joue un rôle dans l'absorption du fer

2) Elle protège l'organisme contre les infections et les poisons

3) Elle joue un rôle dans l'absorption du fer

c) *Insuffisances vitaminiques:*

1) Rougeur, gonflement, saignement des gencives

2) Fragilité des capillaires (hémorragie et facilité à faire des ecchymoses)

3) Sensibilité aux infections et aux poisons

4) Changements dans la structure des os et des dents

d) *Avitaminose:*

Elle cause le scorbut

e) *Hypervitaminose:*

Très peu de troubles se produisent. Elle est peu toxique. Habituellement le surplus est éliminé par les reins.

III - Vitamine D:

On l'appelle également vitamine soleil

a) *Sources:*

On en trouve uniquement dans le règne animal:

- Foie de poissons ou l'huile de foie de poissons.
- On en trouve également dans le lait, le beurre, la crème.
- On retrouve aussi de la provitamine D dans le lait, les tissus musculaires, la peau humaine. Cette provitamine D est transformée en vitamine D, sous l'action des rayons ultra-violets.

b) *Rôles:*

1) Joue un rôle dans la prévention et le traitement du rachitisme

2) Augmente l'absorption du calcium et du phosphore

3) Forme les os

c) *Insuffisances vitaminiques:*

1) Ostéomalacie

2) Ramollissement et fragilité des os

3) Tendance à la carie dentaire.

d) *Hypervitaminoses:*

- Troubles digestifs (nausées, perte d'appétit et de poids)

- Troubles rénaux

- Calcification des tissus mous

C) Pathologies:

1.0 Syndrôme caeliaque:

a) *Définition:*

C'est une maladie caractérisée par une malabsorption intestinale constitutionnelle chronique, traduite par le passage des graisses et autres éléments nutritifs dans les selles.

b) *Incidence:*

Nourrisson ou l'enfant plus âgé. Affecte les deux sexes.

c) *Etiologie:*

1) Absence d'enzymes digestives spécifiques

2) Anomalie congénitale du métabolisme avec ou sans réaction allergique

3) L'enfant ne tolère pas le gluten (protéines de blé ou de seigle) ainsi que les graisses.

d) *Manifestations cliniques:*

Elles se produisent vers l'âge de 6 mois à 5 ans.

1) *Dénutrition et retard de croissance:*

a) *Apparence:*

- Fonte musculaire (fesses, plis de l'aine, des aisselles et des membres).
- Visage demeure arrondi, mais jaunâtre et anémique
- Les joues sont rouges avec de grands cernes bruns ou de l'oedème sous les yeux
- Faciès triste et craintif.

b) *Poids:*

Les fluctuations de poids sont importantes, parfois quotidiennes, causées par les selles (beaucoup plus pesantes que des selles normales) et l'oedème.

c) *Taille:*

L'âge épiphysaire et la dentition sont retardés (un enfant de 3-4 ans peut avoir la taille d'un enfant d'un an)

L'anorexie aussi peut déterminer un retard de croissance.

2) *Distension abdominale:*

Causée par un relâchement musculaire, une hypotonie ou un épanchement hydro-aérique.

3) *Signes neuropsychiques:*

- Anorexie mentale (appétit capricieux)
- Mauvaise humeur (excès de colère, irritable, comportement hystérique alternant avec des périodes de grande timidité)
- Sommeil agité (grincements de dents, cris, terreurs nocturnes, somnambulisme)

4) *Signes dus à une carence alimentaire:*

- Diarrhée
- Trouble de l'absorption intestinale.

5) *Signes dus à l'absorption des graisses:*

Selles abondantes, lourdes (100 à 1000 g., alors qu'une selle normale pèse 40 à 80 g.), nauséabondes, fréquentes, lâches (contiennent beaucoup d'eau parfois jusqu'à 95%), molles, pâles, mousseuses, parfois muco-sanguinolentes (causées par une irritation intestinale ou une insuffisance en vitamine K).

6) *Troubles de l'absorption des glucides:*

La glycémie est inférieure à 40 g. Normalité 90-120 g.

7) *Hypoprotéinémie:*

Le métabolisme des protides est normal sauf durant les crises diarrhéiques

8) *Signes produits par les déperditions minérales:*

- Anémie (mauvaise absorption du fer)
- Diarrhée (difficulté pour l'organisme à retenir le NA et K. Mauvaise absorption de vitamines A, B, K. Rachitisme)

9) *Diaphorèse et extrémités froides:*

10) *Crise caéliaque:*

- Diarrhée aqueuse accompagnée de vomissements (entraînant deshydratation et acidose)
- Selles caéliaques (telle que décrite au no 5)
- Les signes énumérés plus haut deviennent aigus

e) *Moyens de diagnostic:*

- Histoire clinique
- Sur les symptômes
- Diminution des substances minérales et des protéines sériques

f) *Traitement:*

La base du traitement repose sur le régime

1) Eliminer totalement le gluten. Diminuer les lipides, assurer un apport protéique suffisant.

2) On donne à l'enfant:

   - Lait écrémé ou protéiné et sucré avec du glucose, du saccharose ou de la poudre de banane

   - On ajoute progressivement d'autres aliments tous les deux ou trois jours et un à la fois (oeufs, fromage, fruits, légumes, viande rouge maigre)

3) Au bout de 2 à 3 semaines, le régime est presque normal et il exclut toujours le gluten et les graisses

4) Un apport calorique suffisant est essentiel pour répondre aux besoins normaux de de l'enfant.

BIEN TOLERES	Monosaccharides (glucose (sucre de fruits, légumes, miel) Disaccharides (sucre de table, sève des érables, sirop de maïs, lactose (sucre du lait).
A EVITER	Polysaccharides (amidon (gluten) céréales, fèves, pois...)

g) *Soins infirmiers:*

1) Aider les parents à accepter l'état physique, les problèmes de comportement de leur enfant qui est irritable et difficile à maîtriser

2) Permettre à l'enfant de se libérer de son agressivité. L'infirmière doit aider l'enfant à exprimer ses sentiments.

3) Nourrir l'enfant lentement, par petites quantités. Ne pas le forcer à manger, quand il se sentira mieux, il s'alimentera davantage.

4) Noter tout aliment nouveau ajouté au régime (noter la nature, la quantité d'aliments ingérés, l'appétit de l'enfant et ses réactions aux différents aliments). A noter également la nature des selles, le comportement de l'enfant, la distension abdominale.

5) Respecter les principes d'hygiène car l'enfant est anémique et sous-alimenté (protéger contre l'infection, le garder au sec, le mobiliser souvent).

6) Sélectionner pour l'enfant des jeux calmes qui le divertiront sans le fatiguer. L'enfant a tendance à s'isoler des autres.

7) Varier les menus de l'enfant et lui présenter des repas attrayants afin de lui faire oublier qu'il est au régime.

8) L'infirmière doit aider la mère afin qu'elle puisse donner des soins appropriés à son enfant lors de son retour à la maison:

- Prévenir l'infection et maintenir un climat calme et sécurisant à la maison

- Respecter scrupuleusement la diète

- Procurer une surveillance médicale continue

- Procurer à la mère la liste des aliments sans gluten ainsi que des livres de recettes sans gluten spécialement préparées à l'intention des enfants souffrant de maladie caéliaque.

- Aider la mère à maintenir une attitude saine, qui permettra à l'enfant de conserver une certaine liberté sans le surprotéger.

h) *Pronostic:*

Taux de mortalité est bas. L'enfant peut prendre de 6 à 24 mois à guérir. Les symptômes diminuent à mesure que l'enfant vieillit. L'évolution est caractérisée par des phases d'amélioration et des crises. Il est douteux qu'une guérison véritable survienne.

2.0 *Athrepsie*

a) *Définition:*

Etat d'hyponutrition

b) *Etiologie:*

Cause fondamentale:

1- Alimentation insuffisante

2- Incapacité à assimiler les éléments nutritifs.

3.0 *Rachitisme*

a) *Définition:*

Avitaminose D

b) *Etiologie:*

Cause fondamentale:

Carence en vitamine D

4.0 *Tétanie*

a) *Définition:*

Maladie infantile nutritionnelle qui est causée par une ingestion et une absorption insuffisante en vitamine D

b) *Etiologie:*

Cause fondamentale:

1- Carence en vitamine D

2- Chute de la calcémie, parce qu'il y a des dépôts de CA dans l'os

3- Insuffisance des parathyroïdes qui habituellement agissent sur le métabolisme du CA et du phosphore, au niveau de l'os vers le sang; au niveau des reins: diminuent la réabsorption du phosphore en favorisant l'excrétion dans l'urine; au niveau du tube digestif: augmentent l'absorption du CA

5.0 *Scorbut*

a) *Définition:*

Avitaminose C

b) *Etiologie:*

Cause fondamentale:

Carence en vitamine C. Acide ascorbique

Athrepsie (suite)

Causes spécifiques:

1- Ingestion inadéquate
2- Régime mal équilibré
3- Mauvaises habitudes alimentaires
4- Malformations physiques (bec de lièvre)
5- Anomalies cardiaques (l'enfant se fatigue vite)
6- Maladies par malabsorption
7- Infections génératrices d'anorexie
8- Problèmes psychoaffectifs entre la mère et son enfant

Rachitisme (suite)

Causes spécifiques:

1- Hérédité (plus fréquente chez les gens à peau foncée)
2- Age (plus fréquent vers l'âge de 3 mois à 3 ans)
3- Alimentation artificielle (au lieu de l'alimentation maternelle)
4- Prématurité
5- Chez un enfant qui vit dans un rayonnement solaire réduit (brouillard, fumée, pollution)
6- Saisons

Tétanie (suite)

Causes spécifiques:

Scorbut (suite)

Causes spécifiques:

Athrepsie (suite)

c) *Moyens de diagnostic:*

1- Protéines plasmatiques diminuées

2- Présence des symptômes lors de l'examen physique

3- L'âge osseux (retard de croissance)

4- Dosage des constituants du sang.

Rachitisme (suite)

c) *Moyens de diagnostic:*

1- Dosage du taux sérique du CA du phosphore et des phosphates alcalines (enzymes du milieu alcalin présentes à raison 1 à 5 un. dans le rachitisme et durant la croissance)

2- Observations des symptômes

3- Radiographie (afin de connaître l'âge osseux)

Tétanie (suite)

c) *Moyens de diagnostic:*

Sur les signes suivants:

1- Signes de chvostek (il s'agit de percuter la zone faciale et s'il se produit une contraction, le signe est dit positif

2- Signe du Trousseau, (il s'agit de comprimer le bras pendant 2 ou 3 minutes; dans la tétanie il se produit un spasme carpien)

3- Signe d'Erb: (on place une électrode au-dessous de la tête du péroné - si positif il se produit une flexion dorsale et une abduction du pied).

4- Signe du peronier: (percussion du nerf péronier qui provoque une flexion dorsale et une abduction du pied)

- Sur les manifestations cliniques
- Sur la diminution CA et du phosphore
- Sur l'augmentation des phosphates alcalines (élevées dans les maladies osseuses).

Scorbut (suite)

c) *Moyens de diagnostic:*

1- Histoire clinique

2- Examen radiologique

3- Sur les symptômes

Athrepsie (suite)

d) Manifestations cliniques:

1- Absence de prise pondérale et perte de poids

2- Croissance du squelette et du cerveau. Le corps est long, la tête est large, le développement osseux se poursuit et non le développement tissulaire.

3- Tissu adipeux disparaît; cependant on remarque une rondeur factice du visage. (Les propres lipides de l'enfant sont utilisés pour maintenir le métabolisme basal).

4- Yeux creux, traits tirés

5- Faciès de petit vieux

6- Peau perd son élasticité, se ride

7- Muscles sont flasques et relâchés

8- Cri faible et strident

9- Teint grisâtre (anémie et le volume sanguin diminué).

10- Bradycardie, hypothermie

11- Métabolisme basal est diminué

12- Difficultés à digérer, sans appétit.

* Les éléments précédés d'un astérisque sont très importants

Rachitisme (suite)

d) Manifestations cliniques:

générales:

1- Arrêt de calcification de l'épiphyse

2- Muscles peu développés et hypotoniques

3- Retard dans son développement moteur et dans la dentition.

4- Ventre proéminent

5- Anémie

6- Fragile aux infections

Au niveau de la tête:

1- Tête volumineuse, de forme carrée

2- Retard dans la fermeture des fontanelles

* 3- Craniotabès (ramollissement des os du crâne à cause de la résorption de la substance osseuse)

Au niveau du thorax:

* 1- Chapelet costal (augmentation des nouures, des articulations des cartilages et des os)

* 2- Sillon de Harrisson

* 3- Thorax de poulet

4- Cyphose

5- Scoliose

Tétanie (suite)

d) Manifestations cliniques:

1- Tétanie nutritionnelle

Causée par une infection et une absorption déficiente en vitamine D. Cette tétanie est associée au rachitisme. Donc les symptômes sont les mêmes que ceux rencontrés dans le rachitisme.

2- Tétanie latente ou spasmophilie:

1- Augmentation de l'excitation neuro-musculaire

2- Calcémie est inférieure à 7 mgs.

3- Tétanie manifeste:

1- Calcémie inférieure à 7 g.

* 2- Convulsions

* 3- Spasme carpo-pédal (mains et pieds)

* 4- Laryngo-spasme

Scorbut (suite)

d) Manifestations cliniques:

1- Hyperesthésie (exagération de la sensibilité)

2- Irritable, tendu

3- Douleur provoque une pseudoparalysie (l'enfant est souffrant et refuse de bouger ses membres, il nous donne l'impression qu'il est paralysé).

4- Attitude de la grenouille, (demi-flexion des hanches avec rotation externe des pieds).

5- Hémorragies dans la peau, les muqueuses, les parties molles autour des yeux.

6- Pétéchies nombreuses

7- Gencives bleues violacées, oedématiées.

8- Hématémèse, méléna

9- Chapelet costal (plus pointu que dans le rachitisme à cause d'une subluxation du sternum).

10- Hyperthermie
Rythme de croissance diminué

11- Gonflement des diaphyses

Athrepsie (suite)

13- Constipation ou diarrhée et parfois selles muco-sanguinolentes.

14- Faible résistance aux infections

15- Oedème d'hypoprotidémie (quantité et la qualité des protéines sont inférieures).

16- Anémie nutritionnelle (à cause de la diminution du fer)

17- Oedème nutritionnel (critère qui indique que l'enfant souffre de malabsorption depuis plusieurs mois)

18- L'oedème se produit lorsque le corps en état de carence protéique, utilise ses réserves tissulaires et ses propres protéines plasmatiques.

e) *Traitement:*

1- Corriger graduellement la diète

2- Réhydrater l'enfant

3- Donner des extraits de foies à tous les deux ou trois jours

4- Administrer des vitamines A, B, C, D.

Rachitisme (suite)

Au niveau des membres:

1- Jambes arquées (genu-varum)

2- Genoux cagneux (genu-valgum)

3- Bourrelets épiphysaires (élargissement des épiphyses).

e) *Traitement:*

1- Administrer par voie orale de fortes doses de vitamines D, (1,500 à 5,000 un./jour) ainsi que du calcium

2- Exposer l'enfant à la lumière solaire.

Tétanie (suite)

e) *Traitement:*

1- Administration de gluconate et de chlorure de calcium I.V.

2- Oxygénothérapie surtout durant les crises également.

3- Phénobarbital i.M. durant les crises également

4- Administrer la vitamine D (calciférol) et du calcium

Scorbut (suite)

e) *Traitement:*

1- Administrer de forte doses de vitamines C (acide ascorbique per. os)

2- Donner un régime riche en vitamine C

3- Transfusions sanguines en cas d'anémie grave.

Athrepsie (suite)

f) Pronostic:

- Dépend de la gravité de l'état de l'enfant
- De sa taille
- Présence d'infections ou non

Un enfant en état de malnutrition peut entrer en collapsus et mourir subitement

g) Soins infirmiers:

1- Maintenir normale la t° corporelle (si l'enfant présente une chute de t° le placer dans un incubateur ou le couvrir de couvertures supplémentaires)

2- Stériliser les biberons, cuillères, assiettes afin de prévenir une moniliase buccale.

3- Changer fréquemment l'enfant de position afin de prévenir une pneumonie hypostatique et les escarres de décubitus.

Rachitisme (suite)

f) Pronostic:

- Les déformations mineures disparaissent
- Ne cause rarement la mort
- Les malformations majeures peuvent être corrigées si un traitement correctif est institué

g) Soins infirmiers:

1- Indiquer à la mère l'importance de la vitamine D pour son enfant

2- On ne devrait hospitaliser que les enfants atteints d'un rachitisme grave ou compliqué d'une autre infection.

3- Manier doucement les enfants rachitiques et les changer souvent de position.

4- Durant leur maladie, les empêcher de se porter sur leurs jambes afin de prévenir les déformations.

Tétanie (suite)

f) Pronostic:

Bon

g) Soins infirmiers:

1- Garder près de l'enfant un abaisse-langue, pour empêcher l'enfant de se mordre la langue en cas de crises convulsives.

2- Oxygène et matériel d'intubation à garder à proximité

3- Signaler à la mère l'importance de la vitamine D pour un enfant en pleine croissance.

Scorbut (suite)

f) Pronostic:

Excellent

g) Soins infirmiers:

1- Ils reposentsur le régime, les médicaments et la prévention de la douleur et de l'infection.

2- Nourrir l'enfant dans la position qui lui semble la plus confortable.

3- A cause de la pseudo-paralysie on doit manipuler l'enfant avec une grande douceur. Lorsque l'on change l'enfant de couche il faut éviter de soulever les fesses en levant les jambes

4- Installer un arceau sous les couvertures afin de prévenir toute pression douloureuse de la literie sur le corps de l'enfant.

threpsie (suite)

4- Respecter le régime R, par le médecin et vérifier régulièrement l'ordonnance afin de s'assurer qu'il n'y a pas de changement dans l'ordonnance médicale

5- Nourrir l'enfant lentement et permettre des éructations fréquentes.

6- Entourer l'enfant d'affection

7- Surveiller les moindres symptômes dans le but de déceler un collapsus (chute de T°, pouls lent, cyanose, froideur des extrémités)

8- Inscrire fidèlement au dossier la quantité de nourriture absorbée, vomie ou refusée et indiquer si l'enfant a bu avec avidité ou indifférence. Noter également la nature et le nombre des selles éliminées et noter aussi s'il y a distension abdominale.

9- Peser l'enfant chaque jour

Rachitisme (suite)

5- Ne pas faire trop de pression sur le thorax de l'enfant et sur les fémurs (ne pas attacher la couche trop serrée)

6- Eviter de coucher continuellement l'enfant sur le dos ou sur un même côté (sa tête et sa poitrine seront aplatis parce que ses os sont mous).

7- Le coucher sur un matelas dur

8- Prévenir les pneumonies lipoïdiques en protégeant l'enfant de l'aspiration des substances huileuses (vit. D).

9- Isoler l'enfant afin de le protéger des infections

10- Favoriser les bains de soleil

11- Dans un cas de rachitisme grave, il faut attendre une guérison complète avant de permettre à l'enfant de se porter sur ses jambes

Tétanie (suite)

Scorbut (suite)

5- Accorder à l'enfant de grandes périodes de repos.

6- Stimuler l'enfant par l'audition de musique, la présence de mobiles surtout si la mère ne demeure pas avec lui en milieu hospitalier.

7- Protéger l'enfant contre l'infection, carie dentaire, troubles respiratoires.

8- Changer fréquemment l'enfant de position

9- Rincer la bouche de l'enfant après chaque repas.

10- Enseigner à la mère que la vitamine C disparaît rapidement du jus d'orange si on y ajoute de l'eau chaude ou si on le laisse à l'air libre.

C) Exercice

I - Qui suis-je?

1- . Je suis le principal canal du pancréas ( )

2- . Notre réunion forme l'ampoule de Vater ( )

3- . Nous secrétons l'insuline ( )

4- . On m'appelle également Fibrose Kystique du pancréas ( )

II - Au cours d'une Fibrose Kystique sous quelle forme doit-on administrer la vitamine "A"? Justifie ta réponse.

III - Pourquoi?

a) L'aérosolthérapie et la massothérapie doivent-elles être pratiquées avant les repas?

b) L'enfant atteint de Fibrose Kystique doit-il se brosser les dents avant les repas?

c) Faut-il nourrir cet enfant fréquemment et par petites quantités?

IV - Quelles vitamines?

a) Aide à la formation des os et des dents ( )

b) Augmente l'absorption du calcium et du phosphore ( )

c) Joue un rôle dans l'absorption du fer ( )

d) Maintient l'intégrité des capillaires ( )

V - Dans quelles maladies peut-on observer?

a) Une fluctuation quotidienne du poids [ ]

b) Un coeur pulmonaire [ ]

c) Un faciès de petit vieux [ ]

d) Un thorax de poulet [ ]

e) Un spasme carpo-pédal [ ]

f) Des pétéchies [ ]

VI - La base du traitement dans la maladie caeliaque repose sur le régime. Explique le rôle de l'infirmier(e) face à ce traitement?

TABLE DES MATIERES

- ETAPE I: Terminologie et symptômes généraux..... page 1
  - A) *Objectifs de comportement*..... page 1
  - B) *Contenu*..... page 1
- ETAPE II: Moyens d'investigation..... page 7
  - A) *Objectif de comportement*..... page 7
  - B) *Contenu*..... page 7
  - *Exercice*..... page 10
- ETAPE III: Classes de médicaments..... page 13
  - A) *Objectifs de comportement*..... page 13
  - B) *Contenu*..... page 13
  - *Exercice*..... page 14
- ETAPE IV: I- Pathologies de la bouche..... page 18
  - A) *Objectifs de comportement*..... page 18
  - B) *Rappel anatomique de la bouche*..... page 19
  - C) *Rappel physiologique de la bouche*..... page 24
  - D) *Pathologies*..... page 24
    - *1.0 Infections*..... page 24
    - *2.0 Soins dentaires*..... page 26
    - *3.0 Fissure labiale ou bec de lièvre*..... page 31
    - *4.0 Fissure palatine*..... page 35
  - E) *Exercice*..... page 42

- ETAPE IV: II- Pathologies de l'estomac..... page 46
A) Objectifs de comportement..... page 46
B) Rappel anatomique de l'estomac..... page 46
C) Rappel physiologique de l'estomac..... page 49
D) Pathologies..... page 49
1.0 Corps étrangers dans les voies gastro-intestinales.... page 49
2.0 Intoxication à l'acide borique..... page 50
3.0 Vomissement..... page 51
4.0 Sténose du pylore..... page 59
5.0 Spasmes du pylore..... page 64
E) Exercice..... page 64

- ETAPE IV: III- Pathologies des parois..... page 66
A) Objectifs de comportement..... page 66
B) Contenu..... page 66
1.0 hernie inguinale..... page 67
2.0 hernie ombilicale..... page 67
3.0 hernie scrotale..... page 67

- ETAPE IV: IV- Pathologies des intestins..... page 72
A) Objectifs de comportement..... page 72
B) Rappel anatomique et physiologique..... page 73
1.1 L'intestin grêle..... page 73
1.2 Gros intestin..... page 79
1.3 Péritoine..... page 83

C) Test de revision..... page 87
D) Pathologies des intestins..... page 89
1.0 Diarrhée..... page 89
2.0 Salmonelloses..... page 98
3.0 Invagination intestinale..... page 101
4.0 Mégacolon..... page 105
5.0 Prolapsus et procidence du rectum et du sigmoïde... page 109
6.0 Parasitoses intestinales..... page 111
7.0 Appendicite..... page 115
8.0 Péritonite..... page 119
9.0 Diverticule de Meckel..... page 121
E) Test de revision..... page 123

- ETAPE IV: V- Pathologie du foie et des voies biliaires..... page 125
A) Objectifs de comportement..... page 125
B) Rappel anatomo-physiologique..... page 125
C) Pathologie du foie et des voies biliaires
Atrésie biliaire..... page 132

- ETAPE IV: VI- Pathologie du pancréas..... page 135
A) Objectifs de comportement..... page 135
B) Rappel anatomo-physiologique du pancréas..... page 135
C) Pathologie
- Fibrose kystique du pancréas..... page 137

- ETAPE IV: VII- Maladies carentielles..... page 144
A) *Objectifs de comportement*..... page 144
B) *Revision des vitamines*..... page 144
C) *Pathologies*..... page 147
1.0 Syndrome caeliaque..... page 147
2.0 Athrepsie..... page 153
3.0 Rachitisme..... page 153
4.0 Tétanie..... page 153
5.0 Scorbut..... page 153
D) *Exercice*..... page 160